MIHAI ȘELARU
Profesor Clinica de Psihiatrie a Universității de Medicină și Farmacie "Gr. T. POPA" Iași

# STUDII DE PSIHIATRIE
# SCHIZOFRENIA

vol. II

COAUTORI:
Conf. Dr. P. BOIȘTEANU
Dr. DORINA DONCIU

EDITURA DOSOFTEI IAȘI

MIHAI ȘELARU
Profesor Clinica de Psihiatrie a Universității de Medicină și Farmacie "Gr. T. POPA" Iași

# STUDII DE PSIHIATRIE
# SCHIZOFRENIA
vol. II

ANDRIEȘ C. LUCIAN
Nr 2818
*Biblioteca Personală*

EDITURA DOSOFTEI IAȘI

- 1996 -

Colaborator:

CĂTĂLINA - PETRONELA MOISĂ

# DOCTRINA SCHIZOFRENIEI

(Istoric, definiții, cadru nozologic)

Schizofrenia, la fel ca şi alte boli psihice pare a fi însoțit pe om din momentul instituirii conştiinței şi limbajului, a dezvoltării funcțiilor psihice specific umane şi a conturării individualității umane.

Dintre cele mai vechi documente care-i sugerează existența, menționăm pe cele aparținând culturii şi civilizației indiene. În "Hindu vedas" sau "Cartea despre înțelepciune", i se sugerează prezența. Într-o altă lucrare, "Ayur veda" (1400 î.e.n.) în care este inclus un sistem de cunoştiințe medicale, se evocă, de asemenea, perturbările de tip schizofrenic, diferențiate de tulburări psihice determinate de ingerarea de substanțe toxice,şi se descriu, de asemenea, intoxicația alcoolică precum şi o serie de tablouri clinice care amintesc sindromul de excitație psihomotorie din psihoza maniaco-depresivă.

Hipocrate (460 - 371 î.e.n.), descrie o stare delirant - halucinatorie stranie, probabil de tip schizofrenic, pe care o deosebea de tulburările mintale de natură toxică (alcoolism), infecțioasă (frenitis), de stările depresive ca şi de epilepsie.

Aurelius Cornelius Celsus (50 - 25 î.e.n.), în scrierile sale cu caracter enciclopedic, pe lângă alte cunoştințe ale timpului său, se referă şi la o serie de tulburări mintale acute "frenezille" şi "melancolia", ca şi la unele cazuri de idioție şi demență; acestea din urmă se pare că se refereau la schizofrenie şi paranoia, deoarece se caracterizau prin fenomene de izolare, tulburări halucinatorii şi gândire disociată.

Areteus (30 - 90 e.n.), în descrierile despre tulbutările mintale menționează şi cazuri de "demență secundară".

Scriitorii antichității au menționat în lucrările lor cazuri în care se vorbește despre halucinații și delir. Deși aceste simptome nu sunt particulare schizofreniei, se pare că alături de delirurile toxice, maniacale sau survenite pe fond organic, se pot identifica și stări delirante de tip schizofrenic în lucrările lui Celsus, Galen și alții.

În anul 1674, anatomistul englez Willis, introduce termenul de "stupiditate" pentru a desemna o tulburare mintală la tinerii observați de el în 1972, tulburări mintale care atingeau pe tinerii inteligenți până la instalarea bolii, notând că această stare de demență nu este permanentă și că "pe de altă parte, alții, altă dată proști, e posibil să-și revină odată cu evaporarea fluidului".

Sydenham observă și descrie, de asemenea, astfel de cazuri de stupiditate și separat descrie catalepsia.

Pinel (1809), descrie o serie de bolnavi care prin simptomele clinice pe care le prezentau se asemănau cu cazurile descrise de Willis. Printre cazurile expuse de Pinel este o descriere clinică pe care astăzi l-am eticheta drept catatonie dar pe care Pinel îl încadrează în cazurile de idioție conform clasificării sale cu referire la bolile psihice (manie, melancolie, monomanie sau idioție limitată și demență).

Esquirol (1772 - 1840), în anul 1814, folosește termenul de "idioții câștigate sau accidentale" pentru acele tulburări mintale care apar în adolescență sau la subiecții tineri. Acest tip de idioție, Esquirol o deosebea de "idioțiile înnăscute". El considera idioțiile câștigate sau accidentale ca un factor ce împiedică pe adolescent să ajungă la maturizarea gândirii în ciuda unei dezvoltări psihice bune până la instalarea bolii. Printre simptomele semnalate de Esquirol menționăm suprimarea ciclului menstrual, stereotipiile, etc.

În tratatul său din anul 1860, Benedict-Augustine-Morel (1809-1873) vorbește pentru prima oară în *Traite sur les maladies mentales* despre o *demență simplă* ca sinonim al idioției câștigate, comparabilă cu stările demențiale de natură câștigate sau abiotrofică a adultului, pe care o denumește *demență precoce*, considerând-o ca o "degenerescență ereditară". El descrie minuțios și exact formele demenței precoce care apare îndeosebi la adolescenți și se caracterizează printr-o stranie

modificare a psihicului în care predomină discordanța, apatia, puerilismul, stările de agitație cu sau fără elemente halucinatorii, fenomene catatonice, reacții violente pseudo sau paraepileptice, pacienții comportându-se ca niște automate mecanice. Astfel, la unii copii dotați cu o inteligență deosebită până la adolescență, apare și se manifestă dramatic o adevărată idioție ce evoluează cu atât mai rapid și care este cu mult mai frecventă cu cât subiectul este mai tânăr (legea vârstei și masivității lui Clerambault).

Cazul princeps la care se referea descrierea lui Morel, era un băiat de 13 ani, inteligent, cu o constituție fizică fragilă din cauza căreia dezvolta sentimente de umilință în raport cu ceilalți copii din anturajul său. Treptat, copilul se izolează, devine taciturn și nutrește ideeia de a-și omorâ tatăl. Mama copilului ca și bunica sa, sufereau de oligofrenie. tratamentul aplicat a ameliorat starea fizică însă n-a influențat starea mintală care, dimpotrivă, s-a accentuat. În felul acesta, Morel denumește această tulburare "idioție ereditară", "demență precoce" de natură "constituțională și nu câștigată" și având în vedere că tulburarea psihică era moștenită de la antecesori, această circumstanță a atras atenția asupra degenerescenței care poate fi determinată de boli, toxi-infecții, subnutriție, familii dezorganizate care în prima generație pot determina tulburări grave de comportament pentru ca în generațiile următoare să se manifeste sub forma unor importante perturbări fizice și psihice. Prin degenerescență Morel înțelegea "deviație de tip *primitiv* care determină "incapacitatea de a-și îndeplini funcțiile umane și o amenințare a progresului intelectual".

După Morel, un alt psihiatru francez, Magnan, a arătat că boala nu evoluează obligatoriu spre demență, ca de exemplu confuziile acute și cronice, stările delirante halucinatorii pe care le consideră ca boli nondegenerative.

În Austria și Germania s-au studiat "amentia" și stările cuprinse sub denumirea de "Washins", iar studiul psihozelor afective a permis afirmarea curabilității lor, ceea ce a determinat începutul erodării concepției nu numai de degenerescență dar a permis distincția mai clară a unor entități nosologice descrise nediferențiat în cadrul unor psihoze

unice, indiferent de denumirea sub care erau ele descrise de către diferiți autori.

În Germania, școala lui Kahlbaum (1863) descrie psihoza adolescenței, *"paraphrenia hebetică"* în opoziție cu *"paraphrenia senilă"*, ca o altă formă de demență pe care o atribuie unor factori exogeni (surmenjul, onanismul) și pe care o denumește cu termenul menționat. Tot Kahlbaum (1890), descrie heboidofrenia care se caracterizează clinic prin tulburări caracteriale, cu ștergerea sau pierderea sentimentelor moral-sociale, delicvență cu implicații medico-legale uneori grave, ce pot îmbrăca alură asocială, introversiune, dezadaptare socială, fenomene de perversiune, hipofrenia fiind obișnuit asociată acestui comportament grav.

Hecker (1870), elevul lui Kahlbaum, diferențiază în cadrul psihozelor adolescenței *hebefrenia* (nebunia tinereții), considerând că termenul corespunde mai bine clinic celui de paraphrenie hebetică. El a dat o descriere completă a acestei forme clinice de demență, caracterizată, în evoluția sa finală, printr-o apatie progresivă cu involuție de limbaj până la incoerență, tendință la manierisme, puerilism, comportament paradoxal pseudo-maniacal cu stări de agitație, verbigerație, tendință la stereotipii ideo-verbale și grafice asemănătoare celei de demență precoce, descrisă de Morel.

Kahlbaum (1828-1899), influențat de concepțiile lui Morel și de metoda sa în sensul considerării bolii psihice ca totalitate din punctul de vedere al etiologiei, stării fizice și mintale, a evoluției și prognozei, încearcă o clasificare nozologică, deși conceptul său despre "vesanie" includea melancolia, mania, parafrenia, confuzia mintală și demența, chiar dacă se luau în considerare stadiile evolutive succesive.

Kahlbaum (1874), diferențiază din grupul parafreniilor catatonia sau *"nebunia tensiunii musculare"* pe care o amintise deja cu setul său de simptome motorii în clasificarea din 1868 și o menține în relații de grup cu hebefrenia. Catatonia este descrisă după modelul suferințelor cerebrale, ca o boală psihică în evoluția căreia pot apare stări melancolice, maniacale, stupoarea, mutismul, negativismul, confuzia, dar în care predomină blocajele psihomotorii cu atitudini

posturale ciroase şi blocări a reflexelor osteo-tendinoase, cu hipotonie şi lentoare a gesturilor şi a desfăşurării proceselor gândirii, bizarerie, puerilism, grimase şi uneori cu accese bruşte de mânie sau cu rigiditate opoziţională activă sau pasivă. După opinia autorului, catatonia era dominată clinic de prezenţa semnelor de mai sus, semne pe care le reunea în sindromul cu denumirea de "*Attonitat*". Cele două tablouri clinice particulare descrise, hebefrenia şi catatonia, erau considerate de Hecker şi Kahlbaum ca entităţi nosologice separate, prima fiind în perioada critică a adolescenţei iar cea de a doua fiind plasată în grupa "*vesaniilor*", adică a tulburărilor psihice cu evoluţie tipică.

În 1874, Kahlbaum revine printr-o monografie intitulată "Spannungs Irresein" sau "vesania catatonică", asupra acestei entităţi nosologice căreia îi precizează particularităţile clinice şi limitele nesologice. În 1884 şi apoi în 1890 descrie heboidofrenia, deosebind-o de hebefrenia descrisă de asistentul său Hecker. Kahlbaum ajunge la degajarea conceptului despre heboidofrenie pe baza observaţiilor sale asupra tulburărilor psihice legate de pubertate şi adolescenţă, deoarece, nu toate erau atât de acute ca cele observate în cazul hebefreniei. Aceste tulburări cu insensibilitatea sentimentelor moral-sociale şi cu tendinţe la închidere în sine concomitent cu desfăşurarea unor acte antisociale sau asociale, Kahlbaum o denumeşte cu termenul de heboidofrenie.

Contribuţiile lui Kahlbaum şi a asistentului său Hecker, despre schizofrenia catatonică şi hebefrenică au fost pentru o perioadă de timp, împinse pe un plan secund datorită preocupărilor psihiatriei germane pentru studiul sindroamelor paranoiace primare. În acest sens Helinger (1845) şi Snell (1865) au vorbit despre paranoia primară, iar W. Greisinger, încă din 1867-1868 arăta că nu în conţinutul unei idei paralogice constă particularitatea bolii, ci în ceea ce bolnavul expune în legătură cu această idee. Această afirmaţie avea, probabil, în vedere opinia formulată de Esquirol referitoare la conţinutul delirului care era considerat ca elementul de bază, necesar şi suficient pentru a-l clasa într-una sau alta din formele monomaniei descrise de autorul francez. S-a discutat de asemenea, despre structura delirului ca element de încadrare nosologică. În acest sens, V. Magnan (1890) a arătat că importantă

pentru formularea diagnosticului nu era atât conținutul delirului, cât mai ales originea și dezvoltarea sa. Conceptul despre delirul parțial al autorilor francezi a fost denumit paranoia primară de către autorii germani și a fost susținut, de asemenea, de Westphal (1876), Kraft-Ebing și Schulle (1880-1905), Meynert (1863-1893), Kramer și Zeihen (1894-1897). Zeihen (1897), nega posibilitatea clasificării paranoiei în funcție de tematica delirului, având în vedere că, de asemenea, conținutul delirului nu poate constitui un criteriu diagnostic.

Cu toate aceste discuții de prim plan cu privire la paranoia, interesul pentru studiul catatoniei n-a scăzut și, deși ea manifestă tendința de evidentă paranoificare a psihiatriei, Spitzka și apoi Kierman, au acceptat catatonia ca o entitate clinică distinctă, așa cum o descrisese Kahlbaum. Spitzka amintește printre trăsăturile clinice ale catatoniei, agitația psihomotorie, verbigerația, stările emoționale patetice, etc. Kierman, reluând studiile lui Spitzka, descrie stările depresive inițiale, stereotipiile, confuzia, stările cataleptice, puerilismul, grimasele, halucinațiile, tablou clinic apropiat de cel pe care-l va inaugura, nu peste mult timp, E. Kraepelin, prin studiile sale sistematice efectuate cu marele său talent de excelent clinician.

Tot în perioada prekraepeliniană ar mai fi, de asemenea, de amintit că psihiatrul scoțian Clouston (1840-1915) a descris, de asemenea cazuri de "idioție" care apar în particular la adolescență și care prin particularitățile lor se apropiau de conceptul de demență.

În nosologia psihiatrului rus V.H. Kandinski (1882) se află expus tabloul clinic al unei boli autonome: "*ideofrenia*" cu fenomenele de automatism mintal pe care le descrie și a cărei simptomatologie corespunde schizofreniei. A.N. Bernștein descrie tabloul clinic al schizofreniei; la fel, S.S. Korsakov (1891) descrie "*disnoia*" al cărui tablou clinic este superpozabil schizofreniei, considerată din punct de vedere etiologic ca fiind de natură autotoxică.

S.S. Korsakov arată că *disnoia* ca și alte boli psihice "... se dezvoltă la persoane cu perturbări ale sistemului nervos, la descendenți, la vârsta tânără, când receptivitatea este foarte mare. Cauzele care fac să apară boala sunt fie bolile epuizante ca de exemplu tifosul, reumatismul

acut, inflamaţiile pulmonare, naşterile, avorturile, zguduirile morale sau surmenajul, sau intoxicaţiile...". Toate acestea circumstanţe acţionând într-un fel sau altul asupra sistemului nervos prin substanţe toxice, motiv pentru care "ipoteza autointoxicaţiei" poate explica boala şi îndeosebi "confuzia acută". De aceea, O.V. Kerbikov de exemplu, considera că disnoia desemnează îndeosebi cazurile de schizofrenie acută. Aşa cum arată însă L.L. Rohlin, ceea ce descrie S.S. Korsakov în 1891 la congresul al IV-lea al medicilor ruşi descrie disnoia şi în legătură indisociabilă cu aceasta descrie, de asemenea, paranoia acută, subliniind că disnoia lui S.S. Korsakov este diferită de amentia lui Meynert. Referindu-se la amentia descrisă de autorul german, S.S. Korsakov sublinia că: "Mynert include în amentia multe cazuri de diferite boli" inclusiv petit mal epileptic "astfel că denumirea de amentia mai curând indică un complex simptomatic decât o formă de boală". Korsakov a separat din conceptul lui Mynert despre amentia, *disnoia delirantă (paranoidă)* şi *disnoia demenţială (simplă)*. Ulterior, în cursul său de psihiatrie, S.S. Korsakov descrie următoarele forme clinice ale disnoiei: *Dysnoia dementica* (schizofrenia formă simplă), *Dysnoia stuporosa (catatonica)* (schizofrenia formă catatonică), *Dysnoia deliriosa* (schizofrenia formă paranoidă), *Dysnoia abortiva* (schizofrenia cu manifestări nevrotiforme), *Dysnoia del maniacalis* (schizofrenia formă hebefrenică), *Dysnoia del circularis s.intermitens* - formă circulară a schizofreniei.

Referindu-se la simptomatologia clinică a disnoiei, aşa cum o concepea S.S. Korsakov, redăm din descrierea autorului următoarle: "În disnoia sau în amentia - scrie Korsakov - noi pe primul plan întâlnim tulburări în asocierea ideilor; activitatea care conduce forţele asociative este perturbată, uneori decade total şi asociaţia se face absolut întâmplător, uneori chiar fără judecată".

În descrierea disnoiei (schizofreniei cu debut acut), ca şi în alte boli psihice, S.S. Korsakov distingea următoarele perioade: prodromală; de înflorire sau dezvoltare a bolii; staţionară sau de dezvoltare (instalare) deplină a bolii; perioadă finală de vindecare sau de cronicizare (nevindecabilă) a bolii.

E. Kraepelin, în 1893, utilizează termenul de "demenţă precoce" în care însă nu erau incluse "catatonia" şi "demenţa paranoidă". În 1896, în noua ediţie a tratatului său, Kraepelin reuneşte aceste diferite forme sub denumirea de "procese de slăbire psihică" (Verblodungsprozesse) ca subgrupă a grupului de boli principale de natură metabolică (Stoffwechselkrankheiten) în care erau cuprinse inclusiv mixedemul şi idioţia. Pe baza prelucrării experienţei sale practice şi a permanentelor sale căutări teoretice, în 1898, într-o conferinţă pe care o ţine cu referire la demenţa precoce, E. Kraepelin accentua asupra necesităţii diferenţierii acestei boli de tulburările psihice de tip maniaco-depresiv pe care le intuia dar pe care nu le-a formulat atunci, în mod distinct.

Lui E. Kraepelin (1856-1926) îi revine meritul descrierii şi circumscrierii unei entităţi clinice noi în 1899 într-o ediţie nouă a operei sale, sinteză a lucrărilor anterioare şi a completărilor aduse de el, pe baza corelării dintre simptomatologie şi prognostic, entitate căreia îi dă numele de demenţă precoce şi pe care o consideră o maladie autonomă, deşi în 13% din cazurile sale prognosticul era vindecarea ceea ce, evident, nu corespunde termenului de demnţă pe care-l utiliza. El reuneşte pentru prima oară cazurile de hebefrenie, descris de Hecker, catatonia lui Kahlbaum şi demenţă paranoidă descrisă de E. Kraepelin în 1896 sub denumirea de demenţă precoce. Această unitate a diferitelor sindroame, considerate până atunci ca boli separate, este susţinută de o evoluţie cronică comună şi de un prognostic deficitar defavorabil, în marea majoritate a cazurilor, evoluând spre demenţiere ( Verblodung). El descrie mai întâi o formă nouă: demenţa paranoidă, pe care o deosebeşte de demenţa precoce, pentru că apare după vârsta tânără şi este dominată de elemente halucinatorii care nu apar atât de net şi cu atâta frecvenţă în hebefrenie şi catatonie.

În cazul demenţei precoce denumită astfel şi pentru că E. Kraepelin lua în considerare aspectul evolutiv, autorul cuprindea următoarele simptome principale: halucinaţii auditive sau tactile, dezinteresul pentru lumea înconjurătoare, cu scăderea curiozităţii şi energiei şi scăderea afectivităţii, tulburarea personalităţii şi a cursului

gândirii logice ce-i apărea dispersată (Zerfahrenheit), cu unele asociații bizare, ilogice, disociate și incomprehensibile ce se reflectă printr-un limbaj incoerent, disociat, la acestea adăugându-se negativismul, stereotipiile și delirul stufos, nesistematizat, bolnavii având relativ intacte funcțiile intelective îndeosebi orientarea, percepția, memoria, inteligența și conștiința ce se păstrează clare, dar disociate în ansamblul vieții psihice, cu excepția doar a unor cazuri de agitație acută.

În ediția din 1899, Kraepelin include în cadrul demenței precoce, așa cum am văzut formele hebefrenice, catatonică și paranoidă. În cadrul formelor paranoide, autorul include și "Phantastische Verrucktheit" ceea ce corespundea delirurilor paranoice, cronice halucinatorii ale școlii franceze. S-a remarcat de către școala franceză că aceste deliruri paranoiace cronice halucinatorii nu evoluiază în mod obligatoriu către dezorganizarea gândirii și respectiv spre demență. Pe de altă parte nu se utiliza, în literatura germană, diferențierea dintre paranoid și paranoiac. În 1911, Gilbert Ballet, descrie sub denumirea de psihoză cronică halucinatorie, acele tipuri de deliruri care nu au o evoluție demențială. În acest sens G. Ballet scria: "Slăbirea intelectuală mintală este frecventă în delirurile halucinatorii, dar susținerea că halucinațiile implică în mod necesar o stare demențială precoce, mi se pare o greșeală. Nu cunosc semnele după care să spunem că un delir halucinator fără fenomene hebefrenice sau catatonice va face bolnavul să se deterioreze sau nu."

Acestea au fost motivele pentru care Kraepelin (1912), după apariția lucrării lui E. Bleuler despre grupa schizofrenieilor va înlocui "Phantastische Verruckheit" cu grupa separată a parafreniilor - ca psihoze delirante halucinatorii sistematizate, deosebite de evoluția și particularităților grupei schizofreniei. Autorul descrie parafrenia (paranoia halucinatorie din vechile sale clasificări) cu următoarele forme clinice: fantastică, confabulatorie, expansivă și sistematică.

Prin aceasta E. Kraepelin distinge în cadrul delirului cronic următoarele tipuri distincte: formele paranoide ale schizofreniei, pranoia și parafreniile.

E. Kraepelin menţionează că în timp de demenţa precoce se caracterizează prin amplul proces de disociere a personalităţii , cu degradarea profundă a judecăţii, afectivităţii şi voinţei, parafreniile prezintă o disociaţie mai discretă şi mai limitată, respectă aproape complet afectivitatea şi voinţa, nu prezintă perturbarea coordonării intrapsihice a ideilor delirante. Atunci când apar în parafrenie tulburări ale afectivităţii şi voinţei, acestea par şi în raport cu delirul şi sunt explicabile prin acesta. În plus, nu apare în parafrenie "tulburarea anatomică" particulară disociaţiei din demenţa precoce, parafrenia fiind considerată ca un delir sistematizat cronic de natură endogenă, disociaţiile limitate care pot eventual fi constatate în unele cazuri, fiind limitate, iar în ce priveşte deteriorarea psihică, aceasta este mai atenuată şi apare mai tardiv comparativ cu demenţa precoce.

Ceea ce realizează E. Kraepelin este crearea unei unităţi constituite dintr-o mare diversitate de cazuri, unitate pe care o denumeşte demenţă precoce, oferind în felul acesta o evidentă simplificare în sistematizarea bolilor psihice şi un instrument de gândire clinică, uşor de însuşit, în care se urmărea ca metodă, gruparea simptomelor şi urmărirea evoluţiei bolii. Ori, tocmai din punctul de vedere al studiului dinamic al bolii sau observat cazuri de demenţă precoce care aveau evoluţie nefavorabilă cu remisiunea parţială sau totală socială , alte cazuri în care deteriorarea mintală nu era gravă după cum, deasemenea, se înregistrau şi cazuri în care simptomatologia apărea după vârsta de 30 - 40 ani şi mai rar după 50 ani. Acei psihiatri care acceptaseră drept criteriu de clasificare deteriorarea mintală pe parcursul evoluţiei bolii, au adoptat o altă atitudine faţă de cazurile de evoluţie periodică, intermitentă, clasându-le în cadrul psihozei maniaco-depresive, indiferent de tulburările de gândire constatate.

În 1906, Kraepelin, reunind şi sistematizând diversele simptome, introduce conceptul de sindrom, în locul celui de boală, înglobând în denumirea de sindrom cazuri mai puţin grave, mai puţin "demenţiale", dar care prezintă ca trăsătură fundamentală discordanţă "dispersia psihică", "dezagregarea personalităţii", "ataxia intrapsihică" (Chaslin, Seglas, Stransky). Apare aici o noţiune nouă, şi anume, aceea de

demență afectivă, deoarece la aceste cazuri predomină obtuzia hipotimică și, așa cum s-a menționat mai sus, mai puțin deteriorarea intelectivă. În acest fel schizofrenia apare ca o boală unitară dominată de simptome cu aspect deficitar: perturbarea capacității mintale reprezentată de "dispersia" gândirii, a motricității, a afectivității, pierderea energiei, etc. La începutul studiilor sale, Kraepelin considera, ca și Morel, demența precoce ca având o etiologie degenerativă ereditară, pentru ca ulterior să o considere ca o boală de metabolism de origine necunoscută.

Conceptul de demență precoce includea cea mai mare parte a psihozelor considerate atunci ca având o etiologie funcțională.

În perioada prekraepeliniană, psihozele considerate funcționale nu aveau o sistematică adecvată și erau considerate ca tablouri clinice, îndeosebi sindroamele insuficient definite. Demența precoce a lui Kraepelin devine, grație sistematizării pe care o introduce, o veritabilă maladie, cu simptome relativ caracteristice și limite destul de precise.

Cu toate acestea s-au adus o serie de obiecții concepției de demență precoce ca boală. Astfel, Dupre, arată că noțiunea de demență precoce nu este corectă, deoarece, în ce privește demența, nu este vorba de o involuție progresivă și ireversibilă a funcțiilor psihice, ci de o dispersie, disociație, disarmonie dată de discordanță (Bleuler, Chaslin), iar în cazul că totuși apare elementul demențial, aceasta se dezvoltă secundar. De asemenea, în ceea ce privește debutul bolii, studiile clinice și ecologo-epidemiologice arată că nu este vorba întotdeauna de o manifestare precoce.

Există cazuri, foarte rare, care au debut la vârsta copilăriei. Astfel, în 1906, Sancte de Sanctis a izolat din sindromatica eterogenă a deficiențelor mintale, un grup de simptome ce apar la copilul sub zece ani, asemănătoare celor evidențiate pentru demența precoce pe care le denumește cu termenul de *demnță precocisimă* și care se caracterizează prin indiferență, neglijență, dezinteres, fugă, furturi, tulburări de limbaj, angoasă, halucinații terifiante, stereotipii, catatonie și care la adolescență poate ajunge la instalarea unei veritabile schizofrenii. Demența precocisimă nu este alt ceva se pare decât demența infantilă a lui Heller.

În 1943, Kanner descrie autismul infantil care, în concepția experților O.M.S. (1979) se prezintă în trăsăturile sale esențiale astfel: "Sindromul care există de la naştere sau care îşi are începutul întotdeauna în cursul primelor treizeci de luni. Răspunsurile la stimulii auditivi, iar câteodată la stimulii vizuali sunt anormali şi de obicei există grave dificultăți pentru puterea de înțelegere a limbajului vorbit. Vorbirea este întârziată şi se dezvoltă, şi este caracterizată prin ecolalie, inversiunea prenumelor, imaturitatea structurii gramaticale şi incapacitatea de a întrebuința termenii abstracți. De obicei există o alterare a uzajului limbajelor verbal şi gestic. Problemele de relații cu altul sunt cele mai grele înainte de cinci ani şi constau în special în lipsa dezvoltării fixării privirii, a ataşamentelor sociale şi a activității de joc. Comportamentul este ritualizat cu obiceiuri anormale, rezistență la schimbări, ataşament la obiecte ciudate şi jocuri stereotipe. Capacitatea pentru gândirea abstractă sau simbolică şi de fantasmatizare este diminuată. Nivelul de inteligență variază de la o întârziere profundă până la normal sau peste. Performanțele sunt de obicei mai bune pentru activități care fac apel la aptitudini mnezice sau vizuo-spațiale automate, deci pentru acele care necesită aptitudini simbolici sau lingvistice".

Unii autori au formulat opinia că demența precocisimă poate debuta chiar şi la vârsta de şase luni, în timp ce alți pedopsihiatri consideră că se poate vorbi de demență abia după ce se poate evidenția regresiunea limbajului. Există numeroase dificultăți ca la un copil să putem vorbi de o disociație ideo-afectivă înainte de a se dezvolta nucleul personalității, sau de o demență globală înainte de dezvoltarea funcțiilor psihice, chiar dacă încercăm s-o facem explicabilă prin legea vârstei şi masivității formulată de Clerambault. În 1908, Heller descrie, de asemenea, o entitate clinică relativ independentă, extrasă din masa eterogenă a demențelor infantile, pe care o numeşte cu termenul tot atât de generic, de *dementia infantilis*.

Eugene Bleuler, continuând tradiția kraepeliniană, în monografia sa "Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien" (1911), introduce în nomenclatura psihiatrică pentru prima oară termenul de schizofrenie, sinonim cu termenul de demență precoce, excluzând astfel

ambiguitățile vechii denumiri, deoarece "demența precoce", așa cum am subliniat, nu este o demență în adevăratul sens al cuvântului, ci mai curând o parademență afectivă, iar debutul bolii nu este, de asemenea, în cele mai multe cazuri, totdeauna precoe. În monografia sa devenită clasică, E. Bleuler utilizează termenul de schizofrenie în sensul desemnării unor psihoze caracterizate prin evoluția cronică, printr-o alterare particulară și specifică a gândirii, afectivității și relațiilor cu lumea, caracterizate prin disociația, sciziunea, dislocarea, ("Spaltung") funcțiilor psihice, comportamentul bolnavilor în raport cu propria persoană și lumea înconjurătoare fiind discordant, iar asociațiile de idei, limbajul și afectivitatea apar, de asemenea disociate.

"Spaltung"-ul bleulerian corespundea terminologia *ataxiei intrapsihice* (Stranski - 1904), *dementia sejonctivă* (Gross - 1904), *dementia dissecans* (Zweig, 1908), *disnoia* (Kassakov - 1891), *disfrenie* (Wolf - 1908), *dezacordare mintală, ideofrenie* (Kandinski - 1882), *dizarmonie intrapsihică* (Urstein - 1909). Această terminologie reflectă trăsătura fundamentală și specifică schizofreniei ceea ce l-a determinat pe E. Kraepelin să compare boala cu o "orchestră fără dirijor", E. Bleuler să afirme referindu-se la delir, să-l caracterizeze ca un "haos delirant" iar Anglado să caracterizeze disociația ca o "carte descusută cu foile amestecate".

În prefață la lucrarea sa, Bleuler subliniază că ansamblarea și descrierea clinică a simptomelor își au ca sursă opera lui Kraepelin iar în ce privește contribuția sa personală în înțelegerea patologiei schizofreniei este în fapt "o aplicare a ideilor lui Freud la demența precoce" și a concepției fenomenologice grație lucrărilor lui Binswanger și Minkovski. Spre deosebire de Kraepelin care admitea vindecarea în unele cazuri de schizofrenie în proporție de 13%, Bleuler considera că schizofrenia reunește o grupă de psihoze a căror evoluție este deosebit de variabilă care se pot stabiliza, regresa sau remite la un nivel de asemenea diferit, dar care nu vor ajunge niciodată la o *restitutio ad integrum*, evoluția cronică apreciind-o ca fiind gravă în proporție de 20- 30%.

E. Bleuler împarte simptomele clinice ale schizofreniei în primare și secundare. *Simptomele primare* sunt constituite din tulburări

"ale asociațiilor şi afectivității ca şi tendința de a însera în real o parte imaginativă şi de a se separa de real (autismul)". Printre simptomele primare sunt de menționat asociații fortuite, asonanțele, fuziunea, staza şi monoideismul care conferă fenomenele de sincretism logic cu lipsa ierarhizării logice ce poate ajunge până la incoerența completă; modificările afectivității cu slăbirea sentimentală până la indiferență şi dezinteres complet față de propria persoană şi lumea înconjurătoare, cu ambivalență afectivă şi paratimie; tendința de a prefera visarea în locul realității căreia i se substituie constituindu-se în atitudinea autistă (solipsistă) care reprezintă o "evaziune din realitate şi în acelaşi timp predominanța relativă sau absolută a vieții interioare" asupra realității. "Lumea autistică - afirmă Bleuler - este pentru bolnavi tot atât de reală ca şi realitatea ..."

În cadrul *simptomelor secundare*, Bleuler încadrează, printre altele halucinațiile, delirul, ambivalența, autismul, negativismul cu simptomele catatonice, stereotipiile, iluziile memoriei şi alte tulburări de comportament ideo-afectiv.

După opinia lui E. Bleuler, simptomele primare sau esențiale se află în relație cauzală directă cu agentul etiologic (modificarea clinică centrală, fiziogenetică, *organogenetică* a creierului), în timp ce simptomele secundare apar ca o consecință psihopatologică reactivă, ca răspuns psihogenetic a personalității în fața invaziei şi modificărilor primare. Din punct de vedere al dinamicii bolii, simptomele primare fiind caracteristice bolii; se vor întâlni într-un grad mai mult sau mai puțin evident pe tot parcursul evoluției bolii, în timp ce simptomele secundare, deşi uneori pot domina tabloul clinic, ele nu sunt specifice, ci apar ca funcții psihice modificate, reacții eşuate, inadecvate de adaptare în raport cu simptomele primare şi care se întâlnesc şi în alte boli diferite de schizofrenie.

Cauză psihologică posibilă a sindromelor secundare poate fi evidențiată la o analiză clinică aprofundată.

E. Bleuler descrie *sindromele fundamentale* şi *sindromele accesorii* ale schizofreniei.

*A. Sindromele fundamentale* care nu se vor confunda cu simptomele primare - constituie simptomele bazale (grundsymptome) specifice schizofreniei şi care exprimă disocierea (Spaltung) personalităţii. În cadrul simptomelor fundamentale, autorul descrie funcţiile alterate "şi funcţiile intacte".

1. *Funcţiile alterate* reprezintă şi exprimă nemijlocit disocierea personalităţii şi se exprimă prin cei 4.A.:/3A pentru funcţiile elementare şi 1A pentru funcţiile psihice complexe.

a. *Asociaţiile patologice*, formate prin asonanţă, fuziune, stază, aderenţă, lipsă de direcţie, absenţa subordonărilor lor unei ierarhii logice, bizarerii, stereotipie cu tendinţe la automatism verbal, ecopraxie, ecoladie, evaziune din real, incoerenţă, baraje, negativism pasiv, baraj parţial, etc.

b. *Afectivitate modificată* "deteriorarea sentimentelor" (genuthische Verblodung), indiferenţă, răceală afectivă, rigidă, lipsă de unitate în expresiile sale, nenuanţată, incongruentă, plată, paratimică.

c. *Ambivalenţă afectivă, ambivalenţă intelectuală şi ambivalenţa voinţei*. E.Bleuller scria cu privire la ambivalenţă: "Tendinţa spiritului schizofrenilor de a considera în acelaşi timp sub cele două aspecte ale lor, negativ şi pozitiv, diversele acte psihologice". *Ambivalenţa afectivă* exprimată simultan prin trăiri pozitive şi negative, de dragoste şi ură; *ambivalenţa intelectuală* se exprimă în delir prin fuziunea unor teme contradictorii, personagiile delirurilor îşi schimbă rolurile şi atributele; *Ambivalenţă relaţională*, ce nu se poate suporta de cea afectivă şi intelectuală şi se exprimă prin ambitendinţă.

d. *Autismul* reprezintă o perturbare a *funcţiile psihice complexe* "care interesează relaţia vieţii interioare cu lumea exterioară. Viaţa interioară câştigând o predominanţă morbidă (autism)". Autismul ar cuprinde aceea ce Freud denumeşte *autoerotism* iar P. janet *pierderea simţului realităţii*. Autismul reprezintă reducerea la minimum a contactului cu lumea exterioară "evaziunea din realitate şi în acelaşi timp predominenţa relativă sau absolută a vieţii interioare ... ca şi cum bolnavul şi-ar fi construit un perete în jurul lui atât de strâmt de parcă îi pare a fi într-un şemineu". Bleuler menţionează că "Lumea autistică este

pentru bolnavi tot atât de reală ca şi realitatea, cu toate că uneori ea pare a fi o realitate diferită. Cele două feluri de realităţi nu mai sunt adesea distincte în cursul bolii cum ele erau la început" aceasta determinând o conduită care "pierde orice punct de contact cu realitatea" putând creia iluzia unei stări de stupor". Gândirea autistică ete constituită din simboluri, analogii, asociaţii, interferenţe şi amestecuri de ireal şi real, noţiunile fiind fragmentate. La acestea se adaugă *sugestibilitatea, răspunsurile alăturea, simbolismul, etc.*

*B. Simptomele accesorii* sunt cele pentru care bolnavul este plasat în spital şi care sunt tranzitorii sau durabile şi sunt reprezentate de iluzii, halucinaţii, publicitatea gândurilor, stării crepusculare, fenomene de tranzitism, idei delirante, idei persecutorii, de influenţă corporală, de otrăvire, megalamaniace, erotice, de prejudiciuri, ipohondriace, de posesiune, de metamorfoză, etc, stări secunde, dislocarea personalităţii, tulburări mnezice (paramnezii, iluzii de memorie, personalităţi alterne, tulburări de limbaj şi de scris, manierisme, (sterotipii, verbigeraţii), incoerenţă verbală, neologisme, condensări, acatafazie, paragramatisme, catatonie, catalepsie, stupor, negativism activ sau pasiv, ecopraxia, sugestibilitatea, acte automatice, comportamente impulsive, stări de afect, depresie melancolică, stări maniacale, stări de extaz, sindrom Ganser, stări confuzomaniace, fugă, dipsomanie, etc. (E. Bleuler).

Bleuler descrie schizofreniei patru forme clinice principale:

1. *Schizofrenia simplă*, domină îndeosebi cadrele vagi, liminare şi ncerte ale psihopatologiei · delimitată anterior de Diem (1903); este dominată de simptomele primare "esenţiale" ale bolii, dar care au o manifestare atenuată şi se exprimă prin scăderea randamentului itelectual şi a forţei voluntare, pierderea sau scăderea randamentului activităţii, alterarea contactului vital cu realitatea, concomitent cu perturbarea afectivă, ambivalenţe, autism (retragerea în sine, constituirea unui sistem închis solipsistic despre lume), pacienţii prezentând, datorită tulburărilor de comportament, aspectul heboid sau heboidofren, aşa cum a fost descris de Kahlbaum. Alteori apare ca alcoolism cronic atipic, psihopaţi schizoizi revendicatori, cverulenţi, etc.,

fără a apare evident şi un delir. Tot aici Bleuler includea schizofrenia latentă, larvată reprezentând totodată şi formele cele mai frecvente.

2. *Hebefrenia* este forma clinică în care apare pe prim plan disociaţia psihică atât în activitatea intelectuală cât şi în comportament şi afectivitate, cu debut la pubertate şi în general, între 15-25 ani şi care se caracterizează esenţial prin puerilism. Această formă se apropie cel mai mult de demenţa precoce descrisă de Morel, de hebefrenia lui Hecker şi de una din formele de demenţă precoce descrisă de Kraepelin. Hebefrenia poate cuprinde, de asemenea, formele cu debut acut (dar care nu au aspectul catatonic), aşa cum ar fi melancolia, mania, amenţia, stările crepusculare şi care evolutiv, nu merg spre catatonie sau paranoidism. Tot hebefreniei aparţin acele cazuri dominate de puerelism în care apar elemente hipocondriace, deficitul activităţii, apatia, indiferentismul care au o evoluţie cronică în cursul căreia pot apare, uneori stări halucinatorii, catatonice sau delirante care, în general, nu sunt particulare hebefreniei.

3. *Catatonia* este mai întâlnită în practică debutând acut, evoluând în pusee, alternând cu hebefrenia sau evoluând spre o schizofrenie paranoidă cronică. Această formă reuneşte disociaţia ideo-afectivă cu expresia psihomotorie a discordanţei, cu stupoare cu sau fără negativism, pacienţii putând prezenta crize de agitaţie psihomotorie.

4. *Forma paranoidă*, cea mai completă, cuprinde cele mai multe din cazurile de "paranoia" decrise de vechii autori şi se caracterizează prin autism şi disociaţie intrapsihică ca elemente caracteristice cu delir paranoid manifest sau în stare embrionară, rezultat al perturbării asociaţiei de idei în conjunctura lor afectivă. Pentru Bleuler, delirul paranoid este un simptom "accesoriu", la fel ca şi halucinaţiile auditive sau corporale, pe când autismul şi disociaţia intrapsihică reprezintă elementele fundamentale ale schizofreniei paranoide care poate debuta acut sub forma chiar a unor stări de excitaţie melancolică, maniacală, confuzională sau catatonică.

Bleuler era adeptul psihologiei asociaţioniste, dominantă în epoca sa, sub influenţa căreia s-a format şi a formulat teoria sa asupra formării simptomelor.

E. Bleuler a denumit, de asemenea, schizofrenia ca o boală în care tendințele constituționale spre închidere în sine apar manifeste fără însă a avea, totodată, caracteristicile unui proces morbid. În accepțiunea pe care E. Bleuler o dă totodată schizopatiei este vorba de particularitățile temperamental-caracteriale normale care mai târziu au fost desemnate cu termenul de schizotimie.

Referindu-ne la etiologia schizofreniei, Bleuler a lăsat deschisă această problemă, deși admitea, totuși, o etiologie comună cu fundal ereditar, dar cu simptomatologie și evoluție finală divergente.

În 1926, Bleuler consideră că tulburarea nucleară a schizofreniei este constituită din scăderea afectivității (hipotimie) alături de fenomenele de perturbare și relaxare a asociațiilor. Hipotimia atinge îndeosebi instinctul de conservare și viață instinctivă în general, ceea ce ar explica indiferența față de sine și de anturaj, fenomenele afective disociate și simptomatologia catatonică. În cursul anului 1930, E. Bleuler afirmă că cele mai primitive simptome decurg din pierderea capacității *sintezei elementare* într-un *tot unitar* și armonios a tuturor tendințelor instinctive și idco-afective (P-Guiraud). În 1943, Bini, împreună cu E. Bleuler afirmă deconcertant că "noi nu știm care este unitatea psihologică a schizofreniei".

E. Bleuler a realizat totodată o transformare esențială a cadrului nosologic al schizofreniei. În felul acesta, după opinia sa, nu există o singură boală - schizofrenia - ci un grup de schizofrenii constituit din stări diverse, ce pot fi reunite prin câteva criterii comune, primare și secundare, în combinarea lor particulară în cadrul formelor clinice descrise. Din lucrarea sa reiese, de asemenea, că structura psihopatologică de tip schizofrenic comportă atât aspecte primare și secundare cât și aspecte negative, deficitare, dar și pozitive. Bleuler le reunște în noțiunea de "Spaltung" adică de dislocare a vieții psihice. Această perturbare fundamentală, după opinia sa, inhibă comportamentul bolnavului și distorsionează comunicarea autentică socială, iar pe de altă parte, eliberează forțele și conținuturile pozitive creatoare ale personalității reprezentate de delir, care va domina particular personalitatea schizofrenă. După opinia lui E. Bleuler, delirul

se construieşte pe baza materialului oferit de sistemele pulsionale ale vieţii instinctivo-afective şi este exprimat în mod diferenţiat şi specific în raport de structura fiecărei personalităţi şi gradul de evoluţie a bolii, prin limbajul personal al bolnavului. Bleuler denumeşte autism acest comportament solipsistic şi acest limbaj ermetic determinat prin disocierea ideo-afectivă. Ulterior, noţiunea de autism va deveni, în literatura psihiatrică, particularitatea nucleară a bolii şi respectiv construcţia de boltă în clinica schizofreniei. Plecând de la noţiunea de autism se va dezvolta conceptul despre introversie introdus de Jung, ce anunţă conceptul lui E. Kretschmer de schizofrenie, care va desemna ulterior, un tip temperamental-caracterial predispus la schizofrenie. Însăşi noţiunea despre "pierderea contactului vital cu realitatea" a lui E. Minkowski reprezintă. În fond, o extensie a conceptului despre autism aplicat de autor la toate dezadaptările comportmentale. Această evoluţie şi pendulare între Kraepelin şi Freud se explică prin aceea că, alături de Bleuler lucrau adepţii lui Freud printre care şi C.Jung, iar Bleuler luase cunoştinţă încă din 1900 cu concepţia psihanalitică, interesându-se îndeosebi de lucrările lui S. freud şi Karl Abraham. Bleuler a fost însă influenţat într-o mai mică măsură de freudism şi îndeosebi în ce priveşte inconştientul şi rolul acestuia în conflictele psihologice.

E. Bleuler, considerând schizofrenia ca rezultat al perturbării ereditare, al unei dispoziţii, a presupus în acelaşi timp şi intervenţia unor alţi factori etiologici, cum ar fi de exemplu, factorii psihogenetici, infecţiile, etc. Delimitând simptomele secundare în acelaşi timp, Bleuler deschide calea interpretării schizofreniei ca o reacţie şi nu ca o boală. Respingând conceptul kraepelinian că elementul esenţial îl constituie deteriorarea şi admiţând punctul de vedere plural (shizofreniile), Bleuler reuşeşte totuşi să delimiteze cadrul clinic al schizofreniei în raport cu alte tipuri de tulburări mintale bazându-se doar pe particularităţile simptomatoloiei clinice şi mai puţin pe aspectele evolutive, aşa cum procedase şi Kraepelin. În virtutea acestor particularităţi doctrinale pe care opera lui Bleuler le-a sugerat, s-au propus clasificări foarte diferite: unii au considerat că schizofrenia nu este o boală unică ci o entitate cu o sferă foarte largă şi cu tablouri clinice relativ independente. Alţii au

considerat că schizofrenia poate fi clasificată în organică şi psihogenă reactivă, în timp ce un alt grup au sesizat că unele din simptomele primare sunt, de fapt, secundare, că în unele cazuri deteriorarea afectivă nu este atât de gravă şi atunci s-a insistat pe discordanţă în sensul lui Chaslin, mai mult decât pe disociaţie, cum considera Bleuler.

Pe de altă parte, disocierea şi clasarea simptomelor în primare şi secundare, invită la o atituine unilaterală în abordarea bolii şi anume, la cea psihopatologică, deosebit de importantă pentru diagnosticul schizofreniei, dar insuficientă, totuşi, pentru abordarea sa ca totalitate de manifestări biologice, psihopatologice şi sociale atât sub raport etiologic, terapeutic, dar şi de adaptare, readaptare şi reinserţie socio-profesională. Pe de altă parte, aşa cum sunt expuse, simptomele primare nu au o legătură şi explicaţie neurofiziologică după cum, de asemenea, simptomele secundare nu au întotdeauna o explicaţie plauzibilă care să reducă doar la procesul reactiv al personalităţii faţă de procesul morbid fundamental. Însăşi terminologia psihopatologică pe care o folosim în descrierea psihosindroamelor schizofrenice are un conţinut noţional prea mare şi prin aceasta imprecis, atâta timp cât mutismul, de exemplu, nu apare numai în catatonie ci şi în alte boli.

În altă ordine de idei, admiterea diverselor gradaţii de la schizotimie la schizoidie şi de aici la autism sau solipsism, nu ştim dacă apar la bolnavii de schizofrenie ca manifestări sau cauze ale bolii, dacă avem în vedere că nu toţi schizotimii vor face schizofrenie şi că nu toţi bolnavii de schizofrenie au fost premorbid personalităţi introvertite.

Lucrările lui Kraepelin şi E. Bleuler au adus totuşi o contribuţie esenţială şi decisivă la depăşirea confuziei care domnea până la ei. Cei doi psihiatri au reuşit ca, rând pe rând, să considere schizofrenia ca o boală unică, ca un sindrom sau ca mai multe boli care au un numitor comun, iar în ce priveşte etiologia, s-au încriminat factorii organogenetici, psihogenetici în mod separat sau combinat, s-a pus accentul pe aspectul clinic şi evolutiv deşi nu au putut fi rezolvate nici problemele de etiopatogenie, nici cele diagnostic sau de terapie şi prognostic.

Grație lucrărilor celor doi mari psihiatri a fost posibilă, așa cum observă P.Hoch, acumularea unui volum de cunoștințe despre schizofrenie, probabil mai mult decât era de fapt nevoie și, deși s-au introdus idei rafinate depre etiologie și nosologie astfel că "în multe cazuri ne reântoarcem la faza întâi (prekraepelină) cu toate confuziile, contradicțiile și subiectivitatea care au caracterizat-o" și desigur, cu beneficiile care rezultă din numeroasele cerectări care au urmat și care au determinat o atitudine și abordare pluralistă privind această boală.

Chaslin (1912) în Franța descrie, de exemplu "foliile discordante", în care se include: hebefrenia, folia paranoidă și folia discordantă verbală care corespunde în terminologia bleuleriană schizofreniei. El opune aceste trei entități demenței, accentuând că perturbarea lor psihologică fundamentală este discordanța care, în mare parte, este superpozabilă disociației lui Bleuler, dar nu identică acesteia și de aceea, nu se poate vorbi de o identitate specifică, de o boală unică, ci de un grup de stări cu particularutăți psihopatologice proprii.

Termenul de *discordanță* a lui Chaslin corespunde termenului bleulerian de *disociație*: ambii termeni reprezentând o atitudine opusă celei a lui Kraepelin care considera că toate formele clinice ale schizofreniei ajung în final la demență terminală. În fond termenul de discordanță a lui Chaslin corespunde inclusiv termenului de *"ataxie intrapsihică"* (Stransky) ca și celuia de *"dizormonie intrapsihică"* (Urstein). Însuși E. Bleuler, afirma că dacă termenul de discodanță i-ar fi venit în minte l-ar fi utilizat tot atât de bine în locul celui de schizofrenie.

Ph. Chaslin sublinia că pentru persoana normală caracteristică este concordanța dintre structurile și funcțiile psihice. În cazul psihozei discordante se remarcă discordanța dintre funcțiile psihice elementare, discordanța dintre elementele simptomatologice exprimată prin absența coeziunii și concordanței dintre ideia delirantă și răspunsul mimico-gestual și afectiv, discordanță între elementele limbajului, discordanța dintre diversele simptome care ajung la o veritabilă "salată de simptome" analoagă "salatei de cuvinte" din schizofrenie și în fine, așa cum observă Minkowski (1966) discordanța se manifestă între

simptomele psihopatologce şi manifestările psihice normale. Această discordanţă cu diferitele sale expresii face impresia unei anume independenţe a simptomelor unele în raport cu altele.

Ca şi Bleuler, şi Ph. Chaslin opune discordanţa demenţei finale Kraepeline, ambii în fond conţinând unitatea analizelor simptomatologice. În sensul celor de mai sus, autorul francez nota următoarele:

"Simptomele semnalează foarte adesea demenţa; delirul incoerent la rece, indiferent, actele bizare de diferite feluri sau chiar inactivitatea completă a inteligenţei cu preocupările devenite de ordin inferior, stupoare cu acţiunile bizare, actele incoerente, etc., şi cu toate acestea, cel mai adesea, nici un fel de deteriorare intelectuală propriu-zisă, chiar pasageră. Tot ceea ce se poate spune este că aceste simptoame incoerente, discordante, că într-o zi va avea loc *foarte probabil*, în evoluţia afecţiunii, o perioadă de demenţă." După opinia lui Chaslin, există cazuri cu remisiuni de lungă durată, după care o nouă recădere se poate instala cu evoluţie prelungită neremitentă.

După Bleuler, o serie de autori vor încerca delimitarea mai precisă a schizofreniei în sensul restrângerii, iar alţii vor fi partizanii extinderii acestui concept. Ideile lui Bleuler, prin deschiderile care le postulează, se opuneau curentului nosografic organicist existent în Franţa între cele două războaie mondiale.

Aşa cum vom vedea însă, dezvoltarea ulterioară a cercetărilor despre schizofrenie nu va conceptualiza totdeauna şi integral ceea ce Kraepelin şi Bleuler înţelegeau despre schizofrenie.

Unul dintre reprezentanţii organicismului a fost G. de Clerambault. După opinia sa, schizofrenia, la fel ca şi alte stări delirante, este consecinţa perturbării activităţii normale a diferitelor zone cerebrale, care printr-o disfuncţie de natură iritativă ar determina fenomenele halucinatorii. G. de Clerambault descrie în legătură cu psihopatologia delirantă schizofrenică "micul automatism mintal", format din halucinaţii frecvente, ecoul şi dedublarea gândirii, comentariul actelor, sentimentul de influenţă. "Micul automatism mintal" se opune "marelui automatism mintal" particular psihozelor cronice

halucinatorii. Descris separat, micul automatism mintal al lui Clerambault se apropie de cel descris de Kandinski şi de aici denumirea sindromului de Kandinski-Clerambault.

Sindromul de automatism mental ideo-verbal al lui G. de Clerambault caracterizează fazele iniţiale ale delirurilor cronice halucinatorii, deci inclusiv a delirului schizofrenic. Bolnavul are impresia că este supus unor influenţe exterioare prin care gândurile şi actele sale îi sunt impuse, comandate şi comentate, că limbajul său interior este repetat. Se produce un veritabil ecou al gândirii, enunţare a actelor, dialoguri interioare, comandate sau contradictorii, care-l stimulează sau îl înhibă să gândească sau să acţioneze. Acesta ar fi în mare, *micul automatism mintal.*

La această simptomatologie se adaugă halucinaţiile auditive la început nediferenţiate, apoi clare, vocile fiind *verbale, obiective, individualizate şi tematice*, halucinaţiile auditive având totodată caracter nonsenzorial, adică endofazic. Gândirea la rândul ei, are caracter progresiv auditiv şi verbo-motor devenind străină, diferenţiată şi nonsenzorială.

Celor de mai sus li se adaugă fenomenele de *triplu automatism:*

a. *automatisme motorii* (stereotipii motrice, gesturi, ticuri, impulsiuni motorii sau verbale;

b. *automatisme senzitive* (senzaţii parestezice cenestopatice ce se pot constitui în adevărate halucinaţii ale sensibilităţii generale (curenţii electrici, raze, etc.) sau viscerale (senzaţii genitale, sentimente de posesiune al organelor).

G. de Clerambault raportându-se la automatimul mental, nota următorele:

"Automatismul senzitiv banal (olfactiv, gustativ, genezic).

Fapte banale de A (utomatism) Motor: gesturi forţate, inhibiţii...

Fapte ideo-verbale banale: gânduri devansate, gânduri repetate, gânduri adventice (citit printre rânduri); gânduri amintite, acte enunţate, aluzii, întrebări.

Fapt banal: tendinţa tulburărilor ideative de a lua un conţinut tematic şi o valoare obiectivă.

*Procese mai rare, sau mai puțin studiate, sau inedite ale Automatismului mental sunt următoarele:*

*A. Procese pozitive subcontinui.*

*1. Emancipări abstracte;*

*2. Devidajul mut al amintirilor;*

*3. Ideoree.*

*B. Procese episodice pozitive, însoțite de sentimente intelectuale.*

*Asemănări; False recunoaşteri.*

*Stranietatea oamenilor şi lucrurilor.*

*C. Procese negative diverse (însoțite de sentimente intelectuale).*

*Dispariția gândurilor, uitări.*

*Oprirea gândirii, golirea gândirii.*

*Perplex: tab. fără obiect. Îndoeli.*

*Aprorexie.*

*D. Procese mixte (negative şi pozitive).*

*Substituirea gândurilor, uitării şi aporturi.*

*Poate ideoree.*

*Trecerea unei gândiri invizibile.*

*E. Automatism afectiv, emotiv şi volițional.*

*F. Automatism vizual.*

*G. Jocuri verbale . (G.de Clerambault)*

Alți susținători ai teoriei organiciste despre schizofrenie sunt: Kleist în Germania; P. Guiraud, în Franța care acordă importanță particulară atimhormiei; şi P. Abely, care adoptă un punct de vedere reflexologic sub influența şcolii lui Pavlov, autorul francez considerând că schizofrenia , spre deosebire de demența precoce este o "psihonevroză de izbucnire a unei personalități nevrotice."

E. Minkovski (1927), elev al lui E. Bleuler, a contribuit în mod substanțial la răspândirea conceptului maestrului său asupra schizofreniei, conferind bolii, pe baza studiilor sale, îndeosebi

psihopatologice, aceeaşi extensie bleuleriană. Pentru Minkovski, tulburarea psihopatologică nucleară din care decurg celelalte simptome, nu este disociaţia în sensul lui Bleuler sau discordanţa în înţelesul lui Chaslin, ci conceptul bergsonian al *"pierderii contactului vital cu realitatea"*. Graţie acestui deficit central a pierderii contactului vital sau a pierderii "funcţiei realului" (P.Janet), bolnavul de schizofrenie prezintă esenţial perturbarea vitalităţii instinctive ceea ce conduce la tulburarea relaţiilor cu lumea exterioară, bolnavul nu se mai poate încadra în structura logică a elementelor vitale ca urmare a deficienţei "timpului trăit", de unde decurge "raţionalismul" şi "geometrismul morbid", ceea ce face ca obiectivarea şi subiectivarea lumii să fie oarbă, inadaptată în raport cu exigenţele reale ale vieţii, bolnavul construind un univers autist cu predominenţa vieţii interioare şi rupt de realitatea lumii înconjurătoare. Pierderea contactului vital cu realitatea atestă că pacienţii nu sunt totdeauna indiferenţi şi inactivi, ceea ce, evident, corespunde cu constatările clinice, dar îl duce pe bolnav la reverie sterilă, atitudini interogative fără răspuns, visare fără suport real şi de alură patologică, cu refugiu într-o gândire autistică, fie exuberantă cu construcţii delirante vegetante şi luxuriante, derealizate, sau de un *autism sărac* detaşat de lume şi incapabil de a aborda realitatea, acesta din urmă trăsătură fiind caracteristică pentru persoana schizofrenicului. De aici fenomenele de *dislocare* în raport cu realitatea care nu se află în raport antagonist ci complementar una faţă de alta, ambele determinând construirea pe plan interior a unei lumi care nu are nimic din ceea ce este exterior, o "gândire spaţială" cu "o tendinţă la conglomerare la spaţiul trăit" cu "sincronism al trăirii" în care se pierde axul afectiv şi logic al lumii în care se mişcă obiectele din jur influenţându-l, şi de aici noţiunile de întâmplare, coincidenţă, probabilitatea non sensul şi valoarea.

H. Claude (1926) promovează o concepţie dualã despre schizofrenie descriind demenţa precoce aşa cum a fost delimitată de E. Kraepelin şi care are totodată origine predominant exogenă şi care are totdeauna origine organică predominant exogenă şi pe care o consideră ca formă tipică de schizofrenie, fără intervenţia eredităţii. H. Claude

descrie, alături de demența precoce o entitate separată, *schizozele*, ca stări prepsihotice de tipul unei nevroze grave, vecine isteriei, cu evoluție în pusee datorate unei perturbări de natură funcțională a sistemelor asociative cortico-talamo-striate. Autorul împarte schizozele în trei subgrupe:

a. *Schizoidia*, apare la subiecții predispuși ereditar la gândire autistică cu închidere și retragere în sine, cu oscilații timice între hiperestezie și anestezie afectivă, dificultăți manifeste de realizare a contactului cu lumea exterioară, preponderența vieții interioare cu reverire, solitudine, meditație, abstractizare, obstinație, dogmatism, raționalism morbid, și misticism, sentimente paradoxale, ambivalențe, dificultăți de exteriorizare afectivă, atitudine distantă, rece față de anturaj, repliere asupra propriului eu, impulsivități, vagabondaj, timiditate rece, etc.

b. *Schizomania*, formă minoră a schizofreniei care se situează între schizofrenie ("forme schizofrenice atenuate") și schizofrenie ("forme schizofrenice agravate") și care se caracterizează prin pierderea capacității de adaptare la mediu, apariție periodică de bufee delirante manifestate prin autism, comportament bizar, incompehensibil, indiferență și negativism, fără semne manifeste de disociația intrapsihică, la care se adaugă puerelism mintal, melancolie, reverie, misticism delirant polimorf, raționalism morbid, tulburări de comportament (fugi, claustrare, violențe familiale), disociație intrapsihică aparentă fiind o reacție de refugiu impulsiv în autism, fenomene care apar îndeosebi la tineri. H. Claude menționa că schizomania apare pe fondul schizofreniei și că bolnavul are o judecată și memorie bună, însă ceea ce apare pe prim plan este comportamentul bizar, agitație psihomotorie sau simptomatologie nevrotiformă (forma *similară maniei)*; formele cu *"puerilism mintal"* (Claude și Robin) cu manifestări regresive ideo-afective până la nivelul unei mentalități infantile, manifestată în comportament, atitudine, limbaj mimico-gestual și verbal ca și în manifestările ideo-afective; *"schizomanul vânător"* și *"schizomanul bosumflat"* (Claude, Robin și Borel) primul care se refugiază în stări de reverie; cel de al doilea refugiindu-se într-o

dispoziție negativă și în fine *formele atenuate* caracterizate prin comportament bizar și apragmatism sexual. Formele de schizoze pe care le descrie H. Claude au un caracter neevolutiv, dar după mai multe decompensări prin bufee delirante, cu alura deschisă, se pot eventual agrava îndeosebi în ceea ce privește trăsăturile schizoide, care stau la baza schizozelor.

Așa cum se observă, H. Claude numește sub termenul de schizoză toate tipurile de stări sau "maladii disociative" de la formele superficiale (nevrotiforme sau de tip comportamental), la cele de tip atenuat, apoi schizomaniile cu variantele expuse mai sus și în fine schizofrenia în sensul lui E. Bleuler.

c. *Schizofrenia* care realizează disocierea funcțiilor psihice, dezinteresul și dezintegrarea completă de viața reală, ca urmare a incapacității de a interioriza prin sinteză armonioasă tendințele elementare care acționează asupra bolnavului ca într-o stare hipnoidă. Schizofrenia lui Bleuler era deci, considerată de H. Claude ca o formă degradată a schizozei.

În 1926, H. Claude acceptă termenul de schizofrenie formulat de E. Bleuler, dar consideră că la baza schizozelor se află un factor etiopatogenic ereditar exprimat prin constituția achizoidă care, în condițiile intervenției unor factori toxiinfecțioși sau a unui șoc emoțional va determina *schizomania* în care este păstrată conștiința relativă a bolii, dar se pierde capacitatea de adaptare la mediu. La fel ca și în clasificarea anterioară H. Claude arată că schizofrenia este o formă mai avansată de disociere și de dezinserție în raport cu realitatea, dar care totuși nu trebuie confundată cu demența precoce. Până în 1945, majoritatea psihiatrilor francezi au adoptat această concepție, printre reprezentanții acestui curent fiind Dide, Baruk, Heuyer, Montassut.

Modul de a aborda studiul schizozelor de către H. Claude a deschis perspectiva formelor neurotiforme și psihopatiforme ale schizofreniei, ale "schizofreniei afective" descrisă ulterior de Kasanin (1933) și a oferit argumente și sugestii interesante pentru teoria psihodinamică a lui Adolf Meyer.

Plecând de la concepția depre shizofrenie a lui Bleuler şi de la schizozele lui H. Claude, un alt psihiatru francez Edmond Pichon dimpreună cu Laforgue, studiind gama variată a opiniilor în evoluția psihică a regresiilor la stadiile infantile anterioare printr-un mecanism comun, arerația afectivă, ce se observă la copii şi adolescenți, denumesc aceste tulburări, cu tendințe la discordanță, cu termenul de *schizonoia.* Ulterior Codet şi Laforgue regrupează sub denumirea de schizofrenie numai ansamblul arierațiilor afective datorate perturbării evoluției instinctuale, dar şi schizofrenia lui Bleuler, schizomania lui H. Claude, demența precoce a lui Kraepelin şi discordanța lui Ph. Chaslin, ca şi unele tulburări nevrotice, tentativă care a lărgit enorm cadrul nozologic al schizonoiei şi respectiv al schizofreniei, ceea ce a dus la pierderea valorii operaționale ale acestui concept.

C. von Monakov şi R. Mourgue consideră schizofrenia ca o "degradare a personalității", consecință a "degradării în sensul anacronismului funcțional care constă îndeosebi din modificări în teritoriul plexus chroroidens şi a ependimului ventricular."

În 1933, J. Kasanin propune termenul de "psihoze schizo-afective acute" pentru acele cazuri "... caracterizate printr-o apariție extrem de bruscă într-un context de perturbare emoțională marcată prin distorsiunea lumii exterioare ... Psihoza durează de la câteva săptămâni la câteva luni şi se termină prin vindecare". Pentru psihiatrii francezi acestea fac parte din grupa psihozelor afective; Al. Obregia le denumeşte *ciclofrenii* în timp ce în nomenclatura americană ele sunt considerate ca o subgrupă a schizofreniei în care sunt incluse reacțiile schizofrenice şi afective şi a căror evoluție prelungită atestă că aceste forme clinice aparțin schizofreniei. Acest punct de vedere s-a îndepărtat evident de cel al lui J. Kasanin.

În Germania, E. Kretschmer (1921) explorează biotipologic şi delimitează biotipurile leptosom, picnic, atletic cu trăsăturile lor corelative ereditare psihobiologice respectiv tipul schizotism, ciclotim şi vâscos, de natură constituțională care predispun respectiv la schizodie, ciclotimie şi epileptoidie. Bazat pe corelațiile morfo-psihologice, Kretschmer consideră că temperamentul schizotim (leptosom) care se

află la polul opus temperamentului ciclotim (picnic) şi totodată diferit de temperamentul epileptoid (atletic). Psihiatrul german vorbea de asemenea că schizoidia predispune la schizofrenie, caracterul cicloid - favorizează apariţia psihozei maniaco-depresive în timp ce epileptoidia crează terenul favorabil pentru manifestarea epilepsiei.

În afara acestor tipuri Kretschmer mai aminteşte în clasificarea sa de tipul *displazic* care este format din indivizi distrofici, disproporţionaţi, disendocrini. Acest tip aminteşte de teoria "degenerescenţei" promovată de V. Magnan. *Leptosomul* care după E. Kretschmer este cel mai predispus la schizofrenie se caracterizează prin predominenţa verticalităţii gracilitate scheletică, tonus simpatic slab cu tendinţă la hipotensiune, hipoglicemie, hipogenitalism, hipoestezie, boală Baselow, reacţii elergice frecvente, ulcer duodenal, operaţiuni renale, tuberculoză şi care corespunde tipului "carenţial" din tipologia lui Sigaud şi Corman, tempermentului slab din cea a lui Pavlov, "ectomorfului" lui Sheldon, "introvertitului" lui Jung, "hipogenitalului-hipotiroidian" a lui N. Pende sau schizotismului lui Blender. Toate acestea sunt caractere normale caracterizate prin dispoziţie inchisă, introversiune, răceală afectivă, hipersensibilitate, tendinţă la inhibiţie, meditaţie, visare, cu preocupări abstracte şi de sistematizare, dar şi cu reacţii de impulsivitate. *Schizoidul* este însă un caracter patologic, ce manifestă tendinţa la izolare, impulsivitate până la inadaptare socială; tendinţele meditative-abstracte merg până la raţionalism morbid, iar spiritul de sistem, până la idealism rigid. Se admite, aşa cum subliniază H. Ey, că peste 50% dintre bolnavii de schizofrenie prezentau premorbid trăsături schizoide, preschizoforme. Din cele de mai sus rezultă că cel puţin în parte triada schizotimie - schizoidie - schizofrenie, intuită de E. Kretschmer s-a dovedit a fi valabilă, motiv pentru care psihiatri o iau în considerare şi în prezent în aprecierea de ansamblu a schizofreniei.

Curentul psihologic constituţionalist reprezintă în fond tentativa de a explica etiologia unor boli de natură predominant endogenă asupra cărora concepţiile lui Pasteur şi Koch privind participarea unor factori exogeni nu oferea argumente pentru o explicaţie logică satisfăcătoare

privind cauzele bolilor psihice. În aceeaşi perioadă, studiile de neurologie asupra encefalitei epidemice au demonstrat că unele tulburări mintale din această boală realizează simptome mintale care amintesc hebefrenia, hebefreno-catatonia, etc., tulburări care ţin predominant nu de corticalitate ci îndeosebi de cointeresarea predominată a regiunii mezo-diencefalice, cu toate perturbările de dinamică kineto-psihică pe care le implică angajările bio-psihice fundamental alterate. Alături de aceste orientări s-au alăturat punctele de vedere venind dinspre diversele teorii psihologice şi de aici desfăşurările doctrinale în sensul admiterii unei etiologii psihogenetice, reactive a schizofreniei. În plus, Kretschmer, referindu-se la delimitarea diferitelor forme clinice în cadrul schizofreniei, nu are la bază criterii mai bine argumentate decât cele dintre schizofrenie şi alte boli psihice. Această structură heterogenă a criteriilor clasificării formelor clinice în schizofrenie o întâlnim atât la E. Kraepelin cât şi la E. Bleuler, ceea ce face ca să se continue discuţiile privind incertitudinile metodologice de definire a însăşi cadrului nosologic al schizofreniei. Aceste dificultăţi au fost posibile datorită lipsei unor probe certe funcţionale neuro-endocrine-umorale, anatomo-patologice, electro-fiziologice, psiho-patologice, etc., care să permită evidenţierea unor mecanisme patogenetice comune sau înrudite şi care să ofere o bază satisfăcătoare clinicianului în tentativele sale de diagnostic, prevenire şi trtament adecvat şi precoce.

Henry Ey, creatorul teoriei organo-dinamice în psihiatrie, delimitează nosografic stările psihotice delirante, în care este inclusă şi scchizofrenia pe care o defineşte ca "un ansamblu de tulburări în cre domină discordanţa, incoerenţa ideo-verbală, ambivalenţă, autismul, ideile delirante, halucinaţiile rău sistematizate şi profunde perturbări afective, în sensul detaşării şi înstrăinării sentimentelor, tulburării care au tendinţa să evolueze către un deficit şi o disociaţie a personalităţii". H. Ey încadrează deci schizofrenia în grupa psihozelor cronice delirante pe care le clasifică după criteriul evolutiv în două mari grupe: prima, fără evoluţie deficitară, care include psihozele delirante sistematizate nehalucinatorii (paranoia), psihozele halucinatorii cronice şi psihozele fantastice (parafrenia) şi o a doua grupă cu evoluţie deficitară care

include îndeosebi formele paranoide ale schizofreniei. Clasificarea lui H. Ey reflectă orientarea nosologică tradițională a școlii franceze de psihiatie de a separa net delirurile sistematizate paralogice, halucinatorii sau interpretative de schizofrenie. După opinia lui H. Ey, noțiunea de delir, chiar dacă este nesistematizată, stă la baza definirii schizofreniei și de aceea consideră, în consecință, că cea mai tipică formă a schizofreniei ete reprezentată de forma paranoidă, formă clinică cea mai des întâlnită, în timp ce celelalte forme care au potențial evolutiv mai important (hebefrenia și hebefreno-catatonia) sau mai redus (schizofenia simplă și schizonevroza) reunesc - crede psihiatrul francez - un număr relativ mai mic de cazuri.

H. Ey aplicând principiile lui H. Jackson la psihopatologia lui E. Bleuler, formulează un sistem teoretic care se articulează și se verifică sub forma a patru teze esențiale:

1. *Dubla condiție negativă și pozitivă a tabloului clinic (Teza antimecanicistă)* care pornește de la principiul Jacksonian că boala nu creiază în mod direct simptome ci determină doar o perturbare sau abatere a funcțiilor. Această abatere a funcțiilor constituie aspectul negativ. Aspectul pozitiv al fenomenelor morbide "este reprezentat de activitatea funcțională subzistentă și eliberată". "Toate simptomele mentale pozitive complexe (iluzii, halucinații, delir, conduită extravagantă, etc.) sunt rezultatul activității elementelor nervoase neafectate de procesul patologic. Ideile cele mai absurde și acțiunile cele mai extravagante sunt rămășițe (supraviețuiri) ale stărilor celor mai bine adaptate. Iluziile, etc., unui alienat sunt rezultatul activității a ceea ce a rămas în el, a ceea ce boala a scutit (economisit), a tot ceea ce este încă a lui. Iluziile, etc, sunt spiritul său. Cu alte cuvinte, scrie H. Ey, "psihiatria în expresiile sale este făcută de psihologie", și prin urmare teoria formării simptomelor (pato plastica) , exclude geneza mecanică a acestora interpunând între accidentul procesului patologic și expresia sa clinică, reacția vieții psihice. Aceasta este ceea ce noi am propus a denumi legea *(în)depărtării organoclinice*."

2. *Organogeneza psihozelor (Teza antipsihogenetistă).* Orice psihoză, după Jackson, este rezultatul unei atingeri morbide-directe sau indirecte a creierului şi în care tabloul clinic depinde de condiţia negativă. Deci psihoplastia - spune H. Ey - presupune patogenia: *organogeneza.*

3. *Orice psihoză* este un *aspect tipic al disoluţiei şi regresiei (Teza antiplanistă).* Psihismul nu reprezintă un agregat de funcţii juxtapuse pe un "plan psihic" , ci, ca "un ansamblu de funcţii ierarhizate, având o dezvoltare în timp şi astfel că la fiecare moment el implică o subordonare dinamică a activităţilor care o constituie. Psihiatria este constituită prin mişcarea inversă a acestei evoluţii: printr-o disoluţie a structurii aparatului funcţional. Psihozele sunt tipuri de gândire regresivă. Considerarea disoluţiei lui prin a cărei condiţie negativă este somnul şi reacţia pozitivă este visul, se alătură crucial disoluţia paroxistică de tip epileptic, constituie modelele teoretice a unei psihopatologii de acest gen."

4. *"Bolile mentale" nu sunt" entităţi" (Teza antinozografistă).* H. Jackson nota că "studiind psihozele în calitate de disoluţie (noi nu-l considerăm - H.Ey), după obişnuitele noastre clasice, ca apropiindu-se de unele specii clinice ca melancolia, P.G., etc.," această indiferenţă cu referire la noţiunea de entităţi ete exact proporţională cu interesul care se ataşează în a le privi ca forme de disoluţii variabile după natura şi acţiunea agenţilor etiologici."

Aceste teze esenţiale se aplică psihopatologiei lui E. Bleuler. În sensul acestei corespondenţe H. Ey notează:

1. *Teoria simptomelor primare şi secundare*

Simptomele primare sunt după Bleuler, manifestările procesului psihologic care perturbă activitatea asociativă a funcţiilor psihice, ca efect imediat şi direct al procesului patologic şi care se accentuiază în fazele acute ale bolii şi nu sunt totdeauna aparente în tabloul clinic.

Simptomele secundare care "reprezintă în fond aproape toată simptomatologia" sunt subordonate activității psihice. Ruptura legăturilor asociative, asigurată prin funcțiile de sinteză, produce dislocarea vieții psihice (Spaltung). Dubla perturbare primară și secundară alcătuiește schizofrenia. Disociația primară "Spaltung" este aceia în jurul căreia "simbolismul, confuzia conceptelor, fragmentarea psihismului" în deliruri, halucinațiile, reacțiile psihomotorii anormale, toate felurile de gândire "autistică" nu depind decât în al doilea grad de disociația primară... Ele sunt efectul... activității subjacente a spiritului, adică a instanțelor instructivo-complexuale care dau, cum a arătat-o Freud, un sens simptomelor. E. Bleuler însăși afirmă că "Nu există paralelism necesar între procesul morbid și simptomatologie. Acesta este principiul sau *legea (în)depărtării organo-clinice* formulată de H. Ey și care corespunde *dublei condiții negative și pozitive a simptomelor (Teza antimecanicistă).*

2. *Natura organică a procesului morbid (Teza antipsihogenetistă)* a fost afirmată de E. Bleuler care afirmă că "dacă s-ar putea imagina că întrega simptomatologie este condiționată psihic și ar putea să se dezvolte pe simplele asociații ale stării normale, există totuși o stare cerebrală care relevă tulburările primare. Pe de altă parte o anamneză suficientă arată că o stare cerebrală preexistă la traumatismele psihice. Relaxarea asociativă este, așa că nu i se găsește echivalent la normali sau nevroze decât în vis și uneori printr-o singură influență afectivă. O concepție care admite o tulburare anatomică sau clinică în creier prin pusee se găsește justificată fără restricții în fapte" pentru ca în 1926, E. Bleuler să afirme: "Originea organică a schizofreniei se lasă astăzi demonstrată cu toată evidența dorită. Din punct de vedere clinic, este de reținut că majoritatea accesele acute se produc fără nici un motiv psihic aparent și că orice evoluție cronică către demență este egal independentă de situația psihică."

Din cele de mai sus se concluzionează asupra organogenezei psihozelor și se repudiază formal psihogeneza acestora.

3. *Aspectul regresiv al schizofreniei (Teza antiplanistă)* este afirmat atunci când aseamănă gândirea schizofrenică cu gândirea din vis. Kurt Schneider nota identitatea gândirii schizofrenice cu gândirea hipnogogică. La acestea H. Ey completa că "refracția problemei generale a psihozelor în problema somnului și visului este nu o contigență, ci cheia sistemului jacksonian."

4. *Poziția antinozografistă* este evidentă atunci când în 1926 declară că: "Tablourile bolilor pe care noi le avem în vedere ca schizofreniei au caractere comune care le disting de toate alte psihoze din punct de vedere simptomatico-clinic, anatomic și eredo-biologic. Dacă se vrea să se denumească "boală" acest fel de unitate nozologică sau nu, este o problemă de gust..."

Organo-dinamismul lui H. Ey a pornit din studiul operei lui H. Jackson, a lui E. Bleuler și P. Janet, doctrină care i-a permis să abordeze în mod original studiile sale de psihoatrie. (apud H. Ey - Congres des Alienistes et Neurologists - Geneve - Lausanne 22 Juliet - 1946).

La începutul secolului al XX-lea, A Meyer (1866 - 1950) în S.U.A. formulează teoria psihobiologică a cărei esență constă în aceea că factorii genetico-dinamici (chimici, celulari, neurofiziologici) acționează în toate tipurile de comportament uman în corelație cu factorii psiho-sociologici până la "nivelul simbolic" deci inclusiv în procesele cu tendință spre deteriorare, mecanismul lor esențial fiind de natură constituțional-psihogenetică.

Începând cu anul 1903, A. Meyer punând accentul pe reacțiile individului și nu pe simptom, s-a preocupat în studiile sale de fenomenele deteriorative care apar în perioada adolescenței, fenomene care le atribuie dizarmoniilor de gândire, comportare și interese care vor determina devieri patologice într-un sens sau altul. Autorul descriind tabloul clinic al acestor asolescenți, care, prin elementele sale psihopatologice amintește conceptul kraepelinian despre demența precoce și consideră că schizofrenia este o adaptare greșită caracterizată prin dezorganizarea și deteriorarea obiceiurilor și a experienței de viață

ale pacientului. În acest sens, subliniază "furtul intenţiilor, atenţie labilă, indiferenţă socială". "Ceea ce lipseşte cel mai acut - subliniază A Meyer - este sensul relului, al actualului. Ei devin conştienţi de sine, suspicioşi, solitari, ceea ce nu poate fi îndreptat prin activităţi sociale normale."

"Se pierde din ce în ce mai mult contactul cu realitatea, lucruri nereale sau înţelese numai pe jumătate sunt imediat transformate în delir şi oferite ca explicaţii pentru senzaţiile speciale".

A. Meyer promovează în cadrul teoriei psiho-biologice concepţia "reacţiei la mediu" în ceea ce priveşte schizofrenia, promovând punctul de vedere psihogenetic esenţial responsabil de perturbările proceselor de gândire (gândirea fiind cea care integrază comportamentul) deşi nu exclude - aşa cum rezultă din cele scrise în 1910, atunci când abordează "Natura şi concepţiile despre demenţa precoce - participarea unor procese endotoxice."

"Nu mă opun explicării leziunilor sistemului nervos pe baza acţiunii unor toxine specifice - nota Meyer cu prilejul Congresului asociaţiei neurologice Americane din Washington. Luând în considerare interpretarea liberă a noţiunii de toxină şi includerea sub acest termen a oricăror tulburări a enzimelor şi hormonilor, e posibil să se poată demonstra unele scurtcircuite specifice sau principii chimice, în afara oxidării în astfel de procese ca cele grupate sub denumirea de demenţia praecox. Problema este că azi nu avem la îndemână o formulă simplă şi ca atare, aceasta e un simplu postulat."

A. Meyer a introdus termenul de *parergasia* (de la gr. ergon A = muncă, acţiune) prin care înţelege acele tulburări psihice constituţionale exprimate printr-o profundă regresie, halucinaţii, delir, detaşarea de realitate, reconstrucţii paralogice despre propriul eu, fantezii şi proiecţii vagi de tip autist-solipsistic, incongruenţă afectivă, tulburări de motilitate. A. Meyer desemna cu termenul de *parergasie* demenţa precoce şi schizofrenia, termen care n-a reuşit însă să fie acceptat în nozologia psihiatrică.

Utilizând terminologia specifică prin derivarea termenului de *ergazie* (înseamnă unităţile de comportament specifice). Adolf Meyer

denumeşte psihologia ca *ergoziologie* psihozele afective - *timergazii*, , nevrozele - *merergazii*, oligofreniile - *oligergazii*, iar tulburările psihice determinate de leziuni cerebrale cu etiologie predominant exogenă - *anergazii*. Menţionăm că însăşi termenul de parergasie, care înseamnă perturbare funcţională sau acţiune realizată distorsionat, a fost folosit de Kraepelin pentru a desemna o formă de parabulie în care un bolnav ar vrea să realizeze un act dar şi întrerupe tenativa înainte de a face primul pas spre realizarea acţiunii, întrerupere ce era considerată ca fiind ocazionată de o încrucişare de impulsuri: Un bolnav care trebuie să arate limba, deschide larg ochii; sau, în loc să ducă un pahar la gură, îl împinge în lături.

În concepţia lui A. Meyer, schizofrenia este un tip de reacţie deteriorativă, în care distinge simptomele preponderente sau esenţiale. Reţinem că psihiatrul american distingea şase tipuri de reacţii: *organice, delirante, afective, paranoice, substitutive* şi *deteriorative*. În acest sens, schizofrenia apare mai puţin ca o entitate clinică distinctă cât mai ales ca un tip de reacţie la agresiunile interpersonale sau intrapersonale.

A. Meyer a conceput schizofrenia, sau aşa cum o denumea el "demenţa precoce", ca o rezultantă a unor remodelări comportamentale - consecinţă a exagerărilor comportamentului normal - care apar ca răspuns la agresiunile permanente exterioare, înlocuind aşa cum se exprimă H. Ey (1955) "mitologia cerebrală" cu cea "ecologică" psihodinamică.

Fiind o reacţie psihobiologică şi o adaptare greşită, schizofrenia poate fi tratată prin intermediul şcolii, familiei şi comunităţii pacientului, "psihiatria comunitară" fiind conceptul de bază dezvoltat de Meyer. Simptomele bolii, pe care le recunoaşte, erau considerate ca fenomene compensatorii ce puteau fi descifrate prin relevarea detaliilor biografice individuale semnificative, evidenţierea factorilor şi reacţiilor personalităţii în corelaţie cu particularităţile genetice, fizice, neurologice, cu statusul social în corelaţie cu variabilele şi factorii de personalitate, după care se formulează diagnosticul şi se instituie planul terapeutic. Aceasta era şi "*analiza distributivă*" care permitea evaluarea

factorilor favorabili şi nefavorabili care permite formularea unor metode de adaptare optimală plecând de la descifrarea şi înţelegea adaptărilor greşite diacronice - aceasta constituind "*sinteza distributivă*".

Psihoterapia pe care o instituie se bazează pe analiza distributivă realizată prin "asociaţia spontană" a pacientului în plan sincrono-diacronic expunând problemele existenţiale actuale şi imediate în relaţie cu cele îndepărtate, prin care se evidenţiază ceea ce este adevărat după care se elaborează în comun, după reconstituirea şi recunoaşterea conflictelor, metodele de adaptare şi readaptare, punând accent pe nevoile imediate, curente, constituind "sinteza distributivă" care va utiliza îndrumarea, sugestia, reeducarea, direcţionarea, etc. Drept criteriu al progresului terapeutic A. Meyer lua în considerare pe cel al capacităţii de a realiza un regim optimal de muncă, odihnă şi joc.

Astfel, schizofrenia, prin extinderea limitelor sale nosografice, acoperă majoritatea stărilor psihotice şi nu mai poate fi considerată a constitui o entitate clinică distinctă, ea reprezentând modalităţi diverse de reacţii la evenimentele trăite în corelaţie cu factorii ereditari, constituţionali.

La fărâmăţarea conceptului despre schizofrenie a participat şi curentul psihanalitic şi îndeosebi S. Freud, J. Lacan, A. Green. Psihanaliza şi curentul "dinamic", răspândite în ţările occidentale, se împletesc în explicarea schizofreniei cu teoriile existenţialiste şi ale antropologiei medicale. Astfel, psihiatrul elveţian L. Binswanger a formulat conceptul de "analiza existenţială", conform căruia, important este să se descrie "modul de a exista în lume" al bolnavului de schizofrenie ca şi al bolnavului psihic în general şi, de aceea, fiecare bolnav este analizat clinic din punctul de vedere al conceptelor filozofice, fenomenologice, existenţialiste. În contrast cu conceptele psihodinamice se încearcă să se explice psihoza prin datele biografiei şi trăirilor bolnavului din perioada prepsihotică. Binswanger, elev al lui Bleuler, situându-se pe poziţii antinosologice, afirmă că trebuie luată în considerare şi abordată unitatea structurilor şi dicursurilor existenţiale, fenomenologice şi nu unităţile patoplastice sau patologice. Tot aceeaşi

influență de ordin existențialist se observă uneori și la H. Ey, care, în pofida concepției sale organodinamice, definește schizofrenia ca "formă de existență delirantă", aceeași manieră conceptuală întâlnindu-se, de asemenea, și la E. Minkovski care denumește psihoza discordantă drept o "existență nereușită".

Existențialismul și psihiatria se leagă de filozofia lui Heidegger la care au aderat Binswanger, Zutt și alții în literatura germană, ca și existențialismul lui J.P. Sartre în Franța. Pe lângă antinosologismul care-l promovează în ceea ce privește schizofrenia, existențialismul a atras atenția asupra anxietății și angoasei și în special asupra acelui Daseinangst al bolnavului de schizofrenie, asupra corelației dintre anxietatea existențială și unele simptome ale bolii, legate îndeosebi de solipsismul schizofrenic sau de acțiunile aparent paradoxale ale acestor bolnavi, ca modalități patologice de reactivitate în fața anxietății. Sublinierea rolului anxietății în schizofrenie este o contribuție a acestei orientări în studiul psihopatologiei schizofreniei, cunoscând că termenul de psihoză hipotimică orienta spre o scădere a proceselor afective, la disocierea lor și ca atare, la recunoașterea implicită sau explicită a neparticipării proceselor afective în patopsihologia schizofreniei. Pe de altă parte, așa cum arăta P. Hoch, administrarea de mescalină sau LSD bolnavilor de schizofrenie evidențiază prezența și rolul anxietății în invazia psihopatologică, deși această anxietate existențială nu poate explica unic și satisfăcător schizofrenia ca proces morbid unitar.

O adevărată revoluție în psihiatrie și care a avut drept consecință întărirea curentului antinosografic, a determinat-o introducerea electroșocului, și neurolepticelor. În cadrul acestui curent, P. Abely (1958) declara că în majoritatea cazurilor de schizofrenie este mai curând vorba de o "nevroză de eșec" și aproape că nu mai crede în doctrina schizofreniei, fapt ce reiese, de altfel, și din definițiile și denumirile succesive diferite pe care autorul le dă schizofreniei, boală pe care o consideră fie "psihonevroză distimică" (1957) sau psihoză disociativă (1958), ori sindrom discordant (1960). P. Guiraud (1956), descrie în cadrul noțiunii de schizofrenie, doar un "sindrom hebefrenic" ca varietate genică ce are ca nucleu central antimhormia și mai multe

variante schizofreniforme exogene, printre care mai frecvent întâlnite sunt următoarele: tuberculoasă, reumatismală, prin intoxicație aminică, etc.

P. Guiraud scrie următoarele: "... eu admit că nucleul central al sindromului este o maladie genică" și de aceea descrie "o schizofrenie boală și, alături de ea, sindroame schizofreniforme. Dar am ținut să subliniez că între genele morbide și simptome se intercalează *anomalia unei structuri nervoase anatomo-funcționale*, generatoare de simptome, *că alte cauze decât genele anormale pot perturba aceeași structură nervoasă și produce aceleași simptome*, că în practică *singur examenul psihologic* nu permite a diferenția sindroamele genice de altele".

Din curentul antinosologic face parte, de asemenea și H. Baruk (1959), după opinia căruia, clasificarea lui Kraepelin reprezintă o "fațadă condamnată de timp".

Kurt Schneider (1957), "ultimul clasic al psihiatriei", referindu-se la schizofrenie distinge simptomele de *prim rang* (care corespund automatismului mental al școlii franceze și conceputlui de "les of ego boundaries" al englezilor). Simptomele de prim rang sunt considerate nu ca "simptome fundamentale" acestea având o importanță particulară în diagnosticul schizofreniei în raport cu alte psihoze sau cu alte tulburări psihice nonpsihotice. Simptomele de prim rang sunt următoarele: *publicitatea gândurilor (sonorizarea gândirii), voci sub formă de cuvinte sau replici, auzirea vocilor care însoțesc remarcile, acțiunile bolnavului, experiențe corporale de influență, furtul gândirii și alte influențe ale gândirii, difuziunea gândirii, percepția delirantă, ca și tot ceea ce este făcut și influențat de alții în domeniul sentimentelor, tendințelor (pulsiunilor) și voinței*. K. Scheider consideră că aceste simptome, în absența unor suferințe viscero-humorale manifeste, pot constitui date pentru afirmarea schizofreniei. Ceea ce se impune este că asemenea simptome pot apare și în stări psihotice ca: alcoolism, stări crepusculare epileptice,ca și în diferite procese cerebrale.

În ceea ce privește "*simptomele de al doilea rang*", ca de exemplu, alte halucinații, intuiția delirantă, perplexitatea, distimiile depresive sau euforice, sărăcia afectivă și alte câteva simptome, dacă

sunt evidențiate numai ele "diagnosticul depinde de ansamblul contextului clinic, deoarece simptomele de al doilea rang, spre deosebire de cele de prim rang, se întâlnesc atât la normal ca și la psihopat. Simptomele de prim rang sunt *calitativ* anormale, pe când cele de al doilea rang sunt *cantitativ* anormale.

Deci, Schneider manifestă și el o atitudine sceptică în privința clasificării schizofreniei după simptomele primare și secundare bleuleriene și consideră boala ca fiind constituită din simptome ce se găsesc atât în toate psihozele endogene ca și în cele de cauză somatică, cu excepția ciclotimiei (psihoza maniaco-depresivă, după majoritatea autorilor germani contemporani). Diferențierea dintre aceste două tipuri de boli nu este dată de evoluție, ci de starea psihopatologică, astfel încât prezența simptomelor clinice de "rangul întâi" desemnează schizofrenia dacă nu apare evidentă o suferință organică, chiar dacă în evoluție se ajunge la vindecare fără sechele.

Sub aceste influențe, polimorfismul clinic devine impresionant, iar conceptul de schizofrenie se extinde, însușindu-și limite din ce în ce mai imprecise.

Perioada de după 1939 - 1945 și până astăzi se caracterizează prin accetuarea polimorfismului concepțiilor privind etiopatogenia și structura psihozei și limitele sale. Toate ideile și cercetările anterioare se diversifică nepermițând o definiție univocă, ceea ce favorizează riscul unei diseminări prin pulverizare a tendințelor conçeptuale și practice despre procesul morbid schizofrenic. Școala germană de psihiatrie, urmând tradiția inaugată de C. Wernicke a adus contribuții însemnate la descrierea clinică a bolii. În acest sens, Kleist, Leonhard și alții au aprofundat nosologia schizofreniei dar în final ajung la o desmembrare completă a unității schizofreniei.

Școala lui Kleist adoptă un punct de vedere organicist în studiul schizofreniei, considerând, de exemplu, din punctul de vedere al tulburărilor de vorbire în schizofrenie, că acestea ar fi de natură afazică, iar neologismele s-ar apropia de parafazia din afazia senzorială, diferența constând în aceea că în schizofrenie ar fi mai fin și respectiv mai slab exprimate. În ce privește tulburările de gândire constatate la

bolnavii de schizofrenie, acestea, şi îndeosebi gândirea paralogică, se află în zona de trecere dintre lobul occipital şi a treia circumvoluţiune cerebrală. Din punctul de vedere, de asemenea, al tulburărilor de limbaj s-a emis opinia că acestea ar fi posibil să ţină de tulburările de gândire. De aceea după opinia lui Kleist schizofreniile sunt din punct de vedere etiopatogenic, procese distructive evolutive, comparabile cu bolile neurologice sistematice, cum ar fi, de exemplu, boala Friedreich sau coreea Huntington. În ce priveşte formele clinice ale schizofreniilor, acesta le divizează în următoarele:

1. *Formele afective ale hebefreniei:* a. puerilă; b. depresivă; c. apatică; d. autistică.

2. *Formele psihomotorii ale catatoniei:* a. cu "tendinţă săracă"; b. akinetică; c. parakinetică; d. negativistă; e. proskinetică; f. verbală (hipofemică sau parafemică); g. stereotipică.

3. *Formele paranoide:* a. fantaziofrenia; b. confabuloza progresivă; c. halucinoza progresivă; d. somatopsihoza progresivă; e. autopsihoza progresivă; f. psihoza progresivă de influenţă; g. psihoza progresivă de acţiune.

4. *Formele confuzive:* a.schizofrenia incoerentă; b. schizofrenia paralogică; c. schizofazia.

În ce priveşte forma parakinetică a catatoniei, aceasta aminteşte de coree, proskinetică atunci când bolnavul se supune pasiv, automatic şi iterativ stimulărilor motorii, iar cea hipofemică în care lipsesc manifestările verbale şi parafemică în care răspunsul este alături cu întrebarea.

Referindu-ne la formele clinice ale schizofreniei, amintim că fantaziofrenia şi halucinoza progresivă ţin de patologia diencefalică, autopsihoza progresivă ţine de domeniul "conştiinţei de sine" ("Selbst-Ich"), în timp ce somatopsihoza progresivă ţine de domeniul "Eului corporal" ("Korper-Ich"). Autopsihoza progresivă ar corespunde parafreniei expansive, în timp ce somatopsihoza progresivă ar corespunde parafreniei ipocondriace.

Kleist recunoaşte, de asemenea, psihozele atipice pentru care a propus termenul de "extensive", avându-e în vederea îndeosebi particularităţile clinice ce oscilează pe un portativ destul de amplu.

Din şcoala lui Kleist face parte K. Leonhard care a continuat lucrările maestrului său, efectuând, ca şi acesta, o clasificare detaliată, analitică, ce "obligă la o investigaţie clinică, precisă, bogată, penetrantă, în timp ce concepţiile unitare ale schizofreniei conduceau la a se mulţumi cu un diagnostic de impresie globală subiectivă" - scrie P. Guiraud - dar atât Kleist şi apoi Leonhard "riscă să confunde semiologia şi nosografia izolând o formă clinică aproape pentru fiecare simptom chiar accesoriu" (P. Guiraud).

K. Leonhard consideră că în diagnosticul diferenţial al psihozelor endogene un loc deosebit îl ocupă psihozele cicloide, deoarece, după clasificarea lui Kraepelin-Bleuler, în astfel de situaţii se pune problema schizofreniei, printre altele, psihozele cicloide nerămânând cu defect după ieşirea din faza critică. Aceste deosebiri diferenţiale se referă la metodele terapeutice: un obiectiv este de a trata cu scopul de a scoate pe cât mai mult timp din faza psihotică; alt ţel este numai de a favoriza apariţia sau de a accelera apariţia remisiei, care este inevitabilă în virtutea forţei legice de dinamică a psihozei. Nu mai puţin importanţă în planul dat are deosebirea psihozelor fazice bipolare şi monopolare. În aceste cazuri prognosticul devine mai evident, în funcţie de aceea că medicul are de a face cu PMD sau cu psihoze fără tendinţe de alternare a polilor. Nu este exclus ca psihozele în principiu bipolare, în diferite cazuri să poată manifesta numai una din faze, cel mai frecvent depresia, deoarece stările depresive survin mai frecvent decât stările euforice sau maniacale. În acelaşi timp, există indicaţii că fazele polului contrariu survin nu întâmplător, ci survin din cauze pe deplin determinate. Există criterii care permit ca din perioada primei faze să se stabilească dacă boala va evolua ca o PMD sau în continuare se va manifesta o psihoză monopolară. Asupra acestor criterii autorul nu se opreşte în articolul de faţă. Totuşi el subliniază că, în cazul unei evoluţii monopolare, deja în prima fază se observă în mod obişnuit tablouri "pure", în care diferitele trăsături totdeauna pe una şi aceeaşi cale se

unesc într-un sindrom unic, în timp ce în PMD, diferite simptome sunt extrem de schimbătoare şi se deosebesc prin diferite intensităţi. În afară de aceasta, în PMD, întotdeauna este posibilă evidenţierea tendinţei către apariţia semnelor fazei opuse, cu toate că asociaţia remarcabilă a caracterului corespunzător nu există. În felul acesta, pentru PMD este caracteristică labilitatea. Îndeosebi aceasta se remarcă la bolnavii depresivi cu PMD care, adesea sub influenţa împrejmuirilor pot suficient de viu să reacţionze şi pentru scurtele intervale să fie în adevăr activi.

Problema dacă aparţine mania şi depresia unei singure boli a preocupat pe psihiatri încă din secolul trecut. Astfel, după Angst, Esquirol a scris încă de acum un secol şi cunoaştea schimbarea sindormului maniacal şi melancolic ce le considera ca fiind diferite. Falret şi Baillarger au creat concepţia despre boala circulară. Kraepelin a prelucrat concepţia despre PMD, care s-a răspândit printre psihiatrii din lumea întreagă. În Germania, numai Kleist nu a admis învăţătura lui Kraepelin despre PMD şi a considera mania şi depresia ca boli diferite, carè manifestă numai cunoscuta gravitate una faţă de alta. Leonhard acceptă cele două concepţii care stau la baza clasificării sale, ajungând să fundamenteze, pe baza materialului clinic propriu, existenţa atât a PMD cât şi a grupei de sine stătătoare a psihozelor monopolare. Deosebirea, după opinia autorului, are un caracter ereditar biologic. Susţinerea acestei concepţii puţin răspândite el o găseşte în lucrările lui Angst care a evidenţiat în cercetările sale genetice, psihoza endogeno-depresivă, involuţion-depresivă şi grupa stărilor psihotice mixte. Angst a exclus psihozele cicloide, deoarece, după datele clinicii din Zurich unde el lucra, ele reprezintă psihoze schizofrenice. Durata fazelor în fiecare formă este diferită: în fazele depresive ea era de 8,8 luni, în PMD de 6,1 luni, iar în ce priveşte depresia de involuţie, Angst, cu destul de multă dreptate, după Leonhard, o compară cu depresiile vârstelor mai tinere, raportându-le nosologic la depresiile endogene monofazice cu evoluţie periodică, remarcând, în acelaşi timp, lipsa relaţiilor lor cu depresia ciclică (circulară). Aceasta corespunde pe deplin concepţiei lui Leonhard. Deosebirea dintre PMD şi depresiile pure cu evoluţie periodică priveşte numărul fazelor: în PMD în medie, după Leonhard,

sunt 5 faze, în depresia cu evoluție periodică pură numai 2,1. Aceste deosebiri se răspândesc și asupra intervalului dintre faze: în depresiile cu evoluție periodică acest interval în medie este de 63,6 luni, în PMD 34,9. Deosebirile genetice, de asemenea sunt importante: numărul psihozelor endogene printre părinții, frații și surorile probanului cu psihoză circulară reprezintă 17,53%, în timp ce valoarea corespunzătoare pentru probanții cu depresie pură - 8,93%. Aceste date ale lui Angst, corespund pe deplin cu datele lui Leonhard. Există deosebiri și asupra frecvenței psihozei în ambele grupe la bărbați și femei: printre bărbații și femeile diferitelor generații în grupa bolnavilor circulari, boala se întâlnește aproximativ cu aceeași frecvență. Pentru bărbați aceasta este de 14,8%, pentru femei 15%. În familiile cu bolnavi cu depresii pure, printre bărbați îmbolnăvirea reprezintă 2,4 - 3,2%, iar printre femei 15,3 - 17,6%. În felul acesta diferențele sunt importante. Toate datele sunt obținute de Angst; Leonhard nu a efectuat cercetări corespunzătoare și arată numai că crizele maniacale se întâlnesc mai frecvent la bărbați. Angst deosebește depresiile endogene monopolare și forma de psihoză bipolară, maniaco-depresivă pe bază ereditar-biologică. Leonhard susține această concepție plenar. Pe această bază în clinica sa a prelucrat metodica terapiei, cu studiul diferențelor clinice, despre care autorul doar le amintește, neexprimând decât datele cele mai generale.

K. Leonhard (1962) analizează istoricul bolii lui Beers, redat de însuși Beers în memoriile sale. Se arată că tabloul clinic complex al acestei boli endogene nu se poate încadra în cadrele schizofreniei sau a psihozei maniaco-depresive. În primii ani ai bolii - în perioada de tinerețe - baza tabloului clinic era constituit din grave stări de anxietate și obsesie, halucinații auditive și vizuale, pe fondul unei depresii profunde. După o tentativă de sinucidere, Beers s-a aflat în clinica de psihiatrie, o mare perioadă de timp, unde, gradual, în decurs de doi ani, psihoza s-a modificat total. Au apărut relatări critice cu privire la fenomenele psihotice trăite. Remisia totuși n-a fost de lungă durată, s-a dezvoltat o stare opusă - intermediară între manie și extaz. Ideile delirante din această perioadă erau idei megalomaniace cu tendința de a ferici toată

lumea, idei de reformare. Această stare a durat aproape un an. Beers tot timpul s-a aflat în spital, comportamentul său era determinat de idei delirante şi era de o mare iritabilitate din care cauză permanent avea conflicte cu personalul şi bolnavii, devenise agresiv, considera că trebuie adoptate opiniile sale şi să se stabilească în spital aceeaşi ordine, pe care el o considera necesară şi dreaptă. După o scurtă remisie se observă din nou, în decurs de trei luni, acelaşi fel de manifestare a bolii, la ieşirea din care Beers în decurs de mulţi ani a fost practic sănătos şi a acţionat cu succes în domeniul psihoigienei, realizând ideile sale reformatoare apărute în cursul psihozei. În ultimii ani ai bolii sale, în vârstă înaintată, Beers din nou s-a îmbolnăvit psihic. Despre această perioadă se comunică pe scurt şi nu se dă analiza stării psihice.

K. Leonhard (1965) a prezentat un raport la Societatea de neuro-psihiatrie din Tokio în decembrie 1964, în care arăta că psihozele endogene pot fi astfel clasificate, încât diagnosticul bolii să poată da indicaţii şi asupra prognosticului acesteia. Se subliniază că una din clasificările psihozelor endogene în psihoză schizofrenică şi maniaco-depresivă nu poate rezolva această sarcină, autorul aducând în acest sens clasificarea sa asupra psihozelor endogene: *schizofrenie sistematizată şi nesistematizată, psihoză ciclioidă, boală maniaco-depresivă, psihoze fazice monopolare*. În această clasificare, după observaţiile autorului, fiecare grupă de boală are prognosticul său particular. *În schizofreniile sistematizate* (grupa nucleară) prognosticul este nesatisfăcător. Şi cu toate că în această grupă de îmbolnăviri se pot observa remisiuni şi opriri ale procesului, totuşi tendinţa lor generală, determinantă este evoluţia lentă, progredientă. Nu modifică caracterul evoluţiei în această grupă, nici terapia, indiferent asupra cărui tip clinic de boală ea este îndreptată: hebefrenie, catatonie sau parafrenie. De grupa nucleară specificată a schizofreniei urmează să se deosebească grupele marginale, pe care autorul le denumeşte *schizofrenii nesistematizate*. La aceasta se referă catatonia periodică, parafrenia şi catatonia saturată afectiv şi care corespunde în varianta sa "excitată" schizofreniei lui Kraepelin. În această grupă de psihoze se observă o exprimată pregătire pentru remisie, uneori are loc o evoluţie periodică.

Defectul după primele crize poate fi rar, abia remarcat. Terapeutica, în cea mai mare parte a cazurilor este eficientă. De schizofreniile nesistematizate trebuie să fie deosebite *psihozele cicloide* care, după simptomatologie, au cu ele multe înrudiri. În grupa psihozelor cicloide sunt formele cunoscute care, indiferent de remisie, au tendința de formare a defectului și, de asemenea, forme care sunt absolut netratabile (ca și fazele PMD indiferent de câte ori se repetă).

Printre psihozele fazice, după opinia autorului, urmează să se relizeze o foarte precisă diferențiere pentru stabilirea prognosticului. Este necesar să se despartă boala maniaco-depresivă în care apar faze depresive și maniacale, de formele monopolare, în care se remarcă o depresie endogenă. În psihoza maniaco-depresivă are loc o mai mare predispoziție ereditară decât în forma monopolară. În PMD are loc o și mai mare predispoziție ereditară, decât în forma monopolară. În PMD cu un număr mai mare de faze are un prognostic mai puțin favorabil decât în formele monopolare Totuși, formele monopolare cu prognostic nefavorabil au faze cu un caracter progredient. În afară de aceasta, formele monopolare se manifestă, în medie, mai târziu decât psihoza maniaco-depresivă și ca urmare, prima criză la vârsta înaintată va fi mai frecventă. Fazele în formele monopolare, totuși, și la tineri se întâmplă să fie de lungă durată. Autorul arată că accle depresii cu caracter apatic, ipocondriac care durează mulți ani, pot fi confundate cu schizofrenia sau cu psihozele de involuție. În psihozele fazice monopolare se observă și euforii pure sau euforii ipocondriace care decurg progredient și îndeosebi euforia ipocondriacă, pot fi confundate cu schizofrenia.

La Congresul de la Paris, susține un raport și apoi în 1957, K. Leonhard publică o lucrare despre clasificarea psihozelor endogene, în care descrie 22 entități nosologice ale schizofreniei:

A. *Schizofrenii nesistematice*, cu evoluție în crize și tablou clinic atipic a cărui simptomatologie este apreciabil de largă, cuprind: 1. schizofrenie afectivă; 2. schizofazia și 3. catatonia periodică.

B. *Schizofrenii sistematice* cu evoluție neântreruptă care se diferențiază în:

I. schizofrenii simplu sistematizate (titpice) în care sunt incluse:

1.forme catatonice: a. parakinetică, b. manierată c. preskinetică, d. negativistă, e. cu impuls spre vorbire;

2.forme hebefrenice: a. demențială, b. bizară, c. plată, d. autistică;

3.forme paranoide: a. parafrenia ipohondriacă, b. parafrenia fonemică, c. parafrenia incoerentă, d. parafrenia fantastică, e. parafrenia confabulatorie şi f. parafrenia expansivă.

II. Schizofreniile sistematizare (tipice) combinate includ:

1. catatoniile sistematizate combinat;
2. hebefreniile sistematizate combinat, şi
3. parafrenii sistematizate combinat.

S. Trostorff (1966) subliniază că preocuparea pentru raportul dintre temperament şi psihoză reprezintă în psihiatria germană un fir tradițional care s-a desfăşurat din constituționalismul lui Kretschmer. Studiul recent la bolnavii cu psihoză fazică bipolară şi monopolară ca şi la familiile acestora publicat de către Leonhard, Korff şi Schultz, a contribuit la cunoaşterea determinării tipului de psihoză prin temperament. Lucrarea lui Trostorff, elev al lui Leonhard, orientată în aceeaşi direcție, aduce date statistice în legătură cu diversele aspecte ale temperamentului prepsihotic în psihozele cicloide. Temperamentele hipomaniacale, subdepresive şi ciclotimice sunt rar întâlnite în cadrul psihozelor cicloide, în schimb, unele tipuri specifice apar aproape constant: ne referim la temperamentul afectiv, meditativ şi de motilitate motorie (Gefuhls - Denk - Bewegungstemperament).

La bolnavii cu psihoze de motilitate (33 cazuri) predomină temperamentele de mobilitate motorie cu cele două variante: hiper şi hipoexpresiv. În cazul psihozelor confuzionale (47 cazuri), temperamentul meditativ, fie divagator, fie lent, reprezintă elementul comun. Pentru cele 56 psihoze anxios-extatice, pare a fi caracteristic

temperamentul afectiv expansiv, cu tendința sa marcată la oscilații afective (temperament particular artistic). În general, temperamentele prepsihopatice ar conține o schiță a psihozei. În continuare, comparând rolul temperamental cu cel al psihozei consumate, autorul a găsit concordanță doar în psihozele de motilitate (temperament hiperexpresiv de mobilitate motorie la bolnavii cu fază hiperkinetică și invers).

Atât în psihozele confuzionale cât și în cele anxioase - extatice, suprapunerea polilor nu se realizează. Temperamentul meditativ divagator ar corespunde fazelor mixte agitate-inhibate de psihoză confuzională, iar temperamentul expansiv ar fi propriu evoluției bipolare a psihozei anxios-extatice. Cu cât psihoza cicloidă este mai pură, clinic, cu atât este mai specific corelată unui tip anumit de temperament.

Cercetarea temeramentului ca latură a personalității la bolnavii cu psihoze intermitente, permite un studiu individualizat și de mare finețe cu consecințe terapeutice și prognostice valoroase. Supraestimarea acetei laturi însă, amenință să estompeze diferența calitativă între personalitatea prepsihotică și cea psihotică.

Ca urmare a revizuirii lui Bleuler, conceptul de schizofrenie s-a extins, se pare, inclusiv asupra majorității delirulir cronice. Se cunoaște că E. Kraepelin desprindea din sfera demenței precoce delirurile sistematizate halucinatorii, pe care le denumește parafrenii și clasifică astfel delirurile cronice:

a. paranoia (persecutat-persecutori, revendicative, de interpretare);

b. parafrenia (sistematică, expansivă, conabulantă, fantastică);

c. demența precoce (simplă, catatonică, paranoidă).

Bleuler a constatat că nu toți paranoicii au un delir coerent, clar, ordonat și bine sistematizat. Se constată, de asemenea, îndeosebi pentru bolnavii adulți tineri, că un oarecare număr dintre aceste deliruri evoluează în cadrul schizofreniei, ceea ce a determinat pe unii autori să introducă termenul de schizofrenie taridvă. În parafrenie, de asemenea, există treceri între diferite forme de delir stufos, nesistematizat, schizofrenic sau de fabulație delirantă mitomaniacă și deliruri paranoide

sistematizate. Extensia pe care o realizează E. Bleuler cuprinde şi alte sectoare ale cronicităţii delirante: maniile şi melancoliile halucinatorii delirante, delirul ipocondriac cu evoluţie îndelungată, ca şi un oarecare număr de dezechilibre şi de confuzii cu nuclearitate delirantă şi evoluţie îndelungată.

După E. Bleuler, clasificarea delirurilor cronice se prezintă după cum urmează:

a. delirul schizofrenic, toate delirurile cronice, cea mai mare parte a delirurilor paranoide, stările delirante halucinatorii cronice şi stările psihotice cronice delirante;

b. un mic număr de paranoici cu delir paralogic bine sistematizat.

Această concepţie prezintă avantajul unei mai bune înţelegeri a cazurilor "atipice". Prin urmare, tendinţa nosologică concentrică a lui E. Kraepelin prezintă dezavantajul de a fi limitată şi sistematică, pe când tendinţa centrifugă a lui E. Bleuler tinde a deveni confuză şi vagă. În plus, se remarcă o tendinţă manifestă pe plan internaţional de a se renunţa la criteriile de cronicitate şi evoluţie deficitară inevitabilă, criterii pe care şi-a fondat Kraepelin clasificarea clinică.

O parte din şcoala germană de după E. Bleuler şi psihiatrii de limbă engleză, considerând schizofrenia ca o "reacţie", o extinde şi asupra stărilor acute. Ca urmare, toate stările psihotice acute constituie din bufee delirante, psihoze halucinatorii acute, stări confuzionale şi confuzo-onirice, sunt integrate în conceptul de schizofrenie şi grupate de unii psihiatri sub denumirea de "schizofrenii acute". În unele psihoze delirante acute este adevărat că există simptome clinice caracteristice schizofreniei, încă evoluţia acestor psihoze este extrem de variabilă: fie spre o vindecare făr recidive, fie spre o evoluţie intermitentă cu una sau mai multe recidive şi cu prognostic divers, fie spre o evoluţie îndelungată sau cronicitate. Termenul de "schizofrenii acute" este, aşa cum observă H. Ey, o "contradicţie în adjecto". Tot în ţările de limbă germană şi engleză se descriu forme schizo-afective pe care francezii le consideră ca forme delirante ale psihozelor periodice maniaco-depresive.

Psihiatrii care se situează pe poziții nosologice se preocupă de evidențierea și delimitarea unui nucleu sindromatic constituit de schizofrenia endogenă, care să permită delimitarea sa de psihozele schizoforme (schizofreniforme) cu diferite alte etiologii.

Psihiatrul norvegian B. Langfeldt, diferențiind două tipuri de schizofrenie, una de origine organică și alta de origine psihogenă, a subliniat diferența care există totodată între psihozele schizofreniforme de natură predominant exogenă (inclusiv reactive) și procesul schizofrenic propriu-zis în structura căruia apar o serie de simptome clinice specifice ce nu se întâlnesc în psihozele schizofreniforme care pot apare în raport imediat cu o agresiune mintală iar în stările acute se însoțesc de tulburările de conștiință, ele reacționând totodată favorabil la tratament și având deci și o evoluție în general mai bună.

Manfred Bleuler (1972), pe baza numeroaselor sale studii și a școlii sale, ca și a literaturii internaționale consideră că nu se poate vorbi de schizofrenie în afara psihozei deși nu se poate afirma că în toate stadiile sale evolutive schizofrenia este și manifest psihotică pe de o parte, iar pe de altă parte admințând că în unele cazuri boala se poate vindeca complet, în cea mai mare parte a cazurilor are loc o restituțio ad integrum.

M. Bleuler își bazează concepția sa despre schizofrenie pe criterii simptomatologice considerând că pentru schizofrenie sunt particulare următoarele trăsături specifice psihopatologice: modificările afective, separarea asociațiilor, convingerea pacientului că asupra personalității sale se exercită influențe exterioare sau este dirijat de aceste influențe exogene. Alături de aceste particularități simptomatologice specifice se mai întâlnesc statistic semnificative, dar nu și absolut necesare în formularea diagnosticului, ca de exemplu, trăsături prepsihotice de personalitate de tip schizoid care se manifestă în microgrupul familiar prin supraprezentarea sa. În apariția schizofreniei vedem deci că M. Bleuler accentuează asupra factorilor genetici predispozanți și parțial responsabili în configurarea unei predipoziții psihologice particulare și în declanșarea bolii chiar atunci

când aceasta apare şi se manifestă cu toată raritatea la o personalitate de tip morfologic picnică.

În aceste condiţii de predispoziţie genetică şi biopsihică particulară poate apare, în urma unor conflicte de microgrup apropiat familial, boala, dar nu la toţi cei ce trăiesc aceste conflicte, chiar dacă au această structură particulară.

Pe de altă parte, M. Bleuler, la fel ca şi Langfeld, admite existenţa psihozelor schizofreniforme pe care nu le consideră ca fiind de natură evident schizofrenică. Abordând studiul psihozelor schizofreniforme, M. Bleuler pune accentul, de asemenea, pe simptomatologie, subliniid că acestea se caracterizează prin prezenţa sindromului psihoorganic constituit din tulburări de conştiinţă şi de memorie, alterarea sau deteriorarea inteligenţei, modificări cantitative ale proceselor afective şi perturbări neuro-endocrino-umorale, în relaţia directă cu suferinţa somatică cerebrală sau extracerebrală. În cazul intervenţiei unor factori stressanţi psihotraumatizanţi în declanşarea acestor psihoze se constată că eliminarea acestor cauze psihogene determină remisiunea simptomatologiei psihotice.

În legătură cu diferenţierea dintre diferitele forme de schizofrenie se aplică scale diverse pentru a diferenţia schizofrenia procesuală de formele reactive. Printre acestea este Elgin Prognostic Scale elaborată de P.Wittman şi care se bazează pe un număr de 20 criterii diagnostice şi prognostice. Un astfel de instrument deplasează însă centrul de greutate de pe analiza clinică spre standardizarea şi prelucrarea matematică .

Însăşi prelucrarea statistico-matematică pretează la o serie de dihotomii în sensul logicii aristotelice: pozitiv şi negativ, de unde şi tendinţa de a considera formele clinice ale ale schizofreniei sub aspectul: acut-cronic, procesual-reactiv, paranoid-neparanoid, etc., ceea ce demonstrează unele neajunsuri ale abordărilor funcţionale şi îndeosebi tendinţa spre schematizare care poate decurge logic din rezultatele experimentelor pe de o parte şi de metodologia şi obiectivele abordate. Totuşi, s-a demonstrat că din punctul de vedere al proceselor de atenţie, aspectul calitativ al atenţiei şi de structurare a câmpului perceptor vizual este

diferit în schizofrenia procesuală față de cea reactivă, aceste diferențe având o explicație genetică prin cele mai primitive stadii de dezvoltare perceptivă în relație cu diversele nivele de dezvoltare genetică a proceselor intelective. Aceste aspecte genetice de atenție în procesul percepției vizuale din punctul de vedere al volumului și al structurii perceptive ar pleda pentru existența fenomenelor de regresiune ce țin de caracteristicile biopsihice ale personalității premorbide. În schizofrenia reactivă percepția are caracter analitic ca volum și cu câmp nestructurat, în timp ce în schizofrenia procesuală este difuză ca volum și cu câmp perceptiv structurat. În același timp, se pare că anxietatea psihologică se corelează cu procesul de percepție ca volum, în timp ce anietatea somatică se corelează cu procesul de structurare perceptivă. Aceste argumente sunt invocate de teorii psihodinamice și, desigur, speculate de curentele psihoanalitice, dar interpretate de ambele orientări ca mecanisme de apărare.

Psihiatrul olandez H. Rumke (1958) este, de asemenea, preocupat de diferențierea "schizofreniei adevărate" de pseudoschizofrenii deși consideră și el că nu există un criteriu clinic indiscutabil pentru această diferențiere, ceea ce-l determină să pună la baza diagnosticului stilul operațional de tip intuitiv, "praekoxgefuhl", raționament intuitiv ce permite ca la contactul cu un bolnav de schizofrenie trăim așa numitul "sentiment al schizofreniei".

Bini, consideră că în lipsa unor cercetări adecvate nu este indicat să se renunțe la clasificările realizate de către Kraepelin și Bleuler, considerând că schizofrenia este o boală de *cauză unică*, ereditară, dar cu tablouri clinice diverse și de aceea, a cerceta și a căuta unitatea bolii în *unitatea psihopatologică* nu are șanse de reușită dacă se are în vedere că un organ atât de complex cum este creierul nu poate să se exprime decât sub aspecte complexe. Evoluția îndelungată a bolii demonstrează poate cel mai bine, după opinia sa, nu numai cauza unică, dar și unitatea psihopatologică. Pe de altă parte, Bini tinde să includă paranoia în cadrul schizofreniei (cf. P. Guiraud).

A. D. Pokorny (1965) supune criticii clasificarea actuală a bolilor psihice. Clasificarea actuală a bolilor se bazează pe câteva

principii: *etiologice* (reacţii stressante, insuficienţă mintală familială sau creditară, etc.), *simptomatologice sau sindromologice* (reacţii psihotice sau comportamentale), *vârstă* (psihoză de involuţie), *prognostic şi principiul duratei bolii, principiul adaptării sociale* (personalitate neadecvată, reacţie antisocială, pervertire sexuală), *principiul clasificării după predominenţa simptomului* (alcoolism, narcomanie, enurezis, somnambulism, tulburări de limbaj, insuficienţă mintală). Dificultatea clasificării tulburărilor psihice este determinată de modificările condiţiilor mediului social, influenţa terapiei medicamentoase, etc. Autorul propune o clasificare asemănătoare celei cardiologie şi care constă din următoarele părţi: a. *etiologia* (psihogenii, psihoze sifilitice, intoxicaţii, boli cu etiologie necunoscută); b. *patologie* (ateroscleroză cerebrală); c. *tipul personalităţii* (schizoidă, etc.); d. *sindromul* (psihoză, nevroză, sindrom psihosomatic, reacţie comportamentală, insuficienţă mintală); e. *sindormul principal* (alcoolism, enurezis, fobii, tendinţe suicidare); f. *statut social* (pericol pentru sine şi pentru mediu, inadaptare, etc.); g. *vârsta bolnavului* (copil mic, copil, tânăr, adult, bătrân).

H. Kruge (1968) abordează studiul privind controlul psihozelor care în psihiatria lui Kraepelin - Bleuler au fost apreciate ca schizofrenii. După cum se ştie, Kraepelin a clasificat psihozele endogene, după criteriul prognosticului, în psihoze care conduc la defect şi care evoluează fără stabilirea unui defect. Psihozele cu prognostic favorabil sunt PMD, iar psihozele care duc la defecte sunt demenţa precoce. Clasificarea lui Kraepelin se află la baza clasificării tulburărilor psihotice, în toată lumea. Bleuler a completat esenţial clasificarea lui Kraepelin, evidenţiind un important număr de forme de schizofrenie cu evoluţie favorabilă. Ca urmare, pentru majoritatea psihiatrilor evoluţia s-a delimitat dihotomic - favorabilă şi nefavorabilă. Totuşi, o serie de mari cercetători, ca de exemplu *Manz, Gaupp, Hoffmann* nu s-au asociat criteriilor kraepeliniene şi au considerat necesar să se vorbească de "psihoze mixte" sub care termen înţeleg un amestec în semnele clinice a ambelor mari grupe de psihoze endogene - schizofrenia şi PMD. *Kleist*, din contră, raportează aceste psihoze

atipice la grupul de "marginale" şi nu priveşte în ele nici schizofrenia, nici amestecul PMD cu schizofrenia. El a acordat o mare atenţie în acest grup psihozelor cicloide. *Leonhard*, care a cercetat aceste forme cicloide, a stabilit că ele sunt într-un mod important bipolare, astfel că frecvent prezintă polii contradictorii ai acestei psihoze, ca de exemplu, Angstpsychose. Acest tip de psihoze cicloide el le-a denumit Angst-Gluck-Psychose. Leonhard a schimbat termenul lui Kleist de "psihoze marginale" cu unul mai general - "psihoze cicloide". El a împărţit toate formele denumite de psihoze prin adăugarea psihozelor motorii, psihozelor cu confuzie, în forma particulară a psihozelor bipolare, care stau în afara cercului celor două forme mari de psihoze endogene. Leonhard îşi bazează clasificarea pe datele ereditar-biologice. În ultimul timp, concepţia lui Leonhard este susţinută de Fisch, Furster, Trostorff. Pe de altă parte, Storring, Suchenwirt subliniază rolul important al factorilor exogeni în patologeneza psihozelor cicloide, dând, de asemenea, o atenţie particulară factorilor emoţionali. După opinia lor, de psihoze cicloide suferă cel mai frecvent persoanele cu fenomene emoţionale accentuate. Bojanowski completează clasificarea lui Kraepelin în planul Wernicke, Kleist şi Leonhard pe seama creării a patru grupe de psihoze endogene: 1. nucleare; 2. marginale (variante atipice ale schizo-freniei); 3. cicloide ocupând un loc intermediar între schizofrenie şi PMD; 4. grupa psihozelor fazice. Această clasificare ocupă un loc intermediar între schizofrenie şi PMD, permite stabilirea unei etiologii şi este propice pentru cercetările psihofarmacologice comparative. Sub numele de psihoze cicloide, Leonhard înţelege psihozele fazice bipolare care evoluează în crize cu remisii depline între crize şi fără formarea defectului personalităţii. În această grupă el include psihozele motorii, psihozele cu confuzie şi acele pe care el le denumeşte Angst-Gluck-Psychose. Psihozele motorii, descrise de Wernicke, se caracterizează prin schimbarea akineziei şi hiperkineziei. Cu cât e mai mare excitaţia, cu atât mai primitivă devine compoziţia mişcării, care capătă un aspect uniform. Psihozele cu confuzie se caracterizează prin tulburările de gândire, care în caz de excitaţie devin incoerente. Se remarcă idei de relaţie, halucinaţii. A treia psihoză

cicloidă se caracterizează la unul din poli prin neliniște, frică și la celălalt - fericire. În prima etapă apare anxietatea, frică, iluzii perceptive, idei de relație și urmărire și rar acuze ipohondriare. În faza de "fericire" prezintă idei megalomaniace, de reformare, idei delirante altruiste, stările extatice le schimbă pe cele hipomaniacale. În afara formelor descrise în cadrul nosologiei se mai întâlnesc, de asemenea, catatonia periodică, parafrenia afectivă, catafazia care în vârful excitației reprezintă ceva asemănător schizofreniei lui Kraepelin. Chiar dacă aceste forme nesistematizate ale schizofreniei, după Leonhard, duc la formarea defectului, atunci ele, în vitutea particularităților lor clinice urmează a fi deosebite de grupa nucleară.

V.O.Kerbikov (1963) arată că unitatea shizofreniei e bazează pe criteriile psihopatologice și pe criteriul evoluției. Criteriile psihopatologice presupun unitatea fenomenului psihopatologic. Această "unitate" în schizofrenie este determinată de astfel de termeni ca *schisis, disnois, discordanță* - tulburarea unității psihicului.

Criteriul de evoluție determină unitatea pentru toată grupa tendințelor schizofreniei cu creșterea unor astfel de modificări ca cele de personalitate, formă finală înseamnă demența apatică. În ce privește evoluția se reține actualmente două tendințe:

1. împărțirea schizofreniei în două boli de sine stătătoare (Kleist, Leonhard);

2. îngustarea schizofreniei în trecerea unei părți din bolnavi în altă grupă de clasificare (Slucevski, Cistovici).

Dacă se urmează aceste direcții, atunci în loc de o singură grupă de schizofrenie (o singură mare "neclaritate" - Krasnușkin), vom avea două sau mai multe "neclarități" de un volum mai mic, și în afară de aceasta, una sau alta din "neclaritățile" schizofrenice vor fi trecute în cadrul psihozelor infecțioase, psihogene sau a altora, ceea ce introduce haos în toată sistematica psihiatrică. Succesul studiilor asupra etiologiei schizofreniei vor depinde într-un grad însemnat de succesele studiilor clinice a acestor boli. În considerarea acestei boli autorul consideră că: 1. schizofrenia este o boală unică; 2. ale cărei tulburări psihice au la

bază tulburări materiale, care 3. pot fi studiate cu ajutorul metodelor ştiinţific - obiective.

V.O. Kerbikov consideră că există suficiente date clinice şi clinico-experimentale care permit să vorbim că în patogeneza schizofreniei există două niveluri de perturbare: general somatice şi cerebrale. În diferite perioade şi în diferite fenomene de boală relaţia dintre aceste două niveluri nu este aceeaşi. În lumina organizării "bietajate" a patogenezei schizofreniei se pot găsi explicaţii suplimentare despre particularităţile determinate de acţiunea medicamentelor. Acţiunea aceasta poate fi îndreptată numai spre mecanismele cerebrale ale patogenezei sau a unor câteva sisteme ale organismului. Neurolepticele acţionează îndeosebi asupra creierului, în timp ce insulina, în opinia sa, acţionează extracerebral, general somatic.

Kerbikov presupune că dacă se ia în considerare presupunerea că esenţa schizofreniei este determinată nu de particularităţile etiologice, ci de patogeneză şi că procesul patologic în schizofrenie "se rupe" de factorul etiologic care îl provoacă şi se dezvoltă după anumite legi proprii, atunci din această situaţie decurge concluzia despre posibilitatea polietiologiei schizofreniei.

A.D. Zurabaşvili (1965) pleacă de la concepţia că schizofrenia este o boală progredientă, păstrând caracterul de reversibilitate în primele etape. De schizofrenia adevărată urmează a fi deosebite îmbolnăvirile schizoforme simptomatice, psihozele reactive (psihogeniile paranoide), de asemenea, catatonia şi aşa numitele oneirofrenii. Factorii traumatici nu urmează a fi consideraţi ca factori etiologici în apariţia schizofreniei. O importanţă deosebită în apariţia schizofreniei o au factorii ereditari, rolul hotărâtor deţinându-l semnele fenotipice. Actualmente capătă importanţă deosebită simbioza productivă dintre psihiatrie şi psihologie. Problemele structurilor patologice ale personalităţii joacă rol în problemele psihopatologiei clinice, psihoterapiei şi creării modelelor cibernetice superioare. Studiul personalităţii în unitatea sa apare ca fundamental în toate direcţiile de cercetare ale psihiatriei şi psihologiei contemporane, în particular - baza studiului schizofreniei. Studiul structurilor particulare ale personalităţii

normale şi sănătoase. autorul îl împarte în două etape. Prima etapă îmbrăţişează momentele generale. asemănarea. analogia dintre structurile neurodinamice şi psihice. Dar această cale nu aduce la rezolvarea adevărată a problemei. Actualmente psihiatria se află pe calea celei de-a doua etape de abordare a problemei, când se rezolvă problema nu a ceea ce leagă neurodinamica de psihic. ci ceea ce le deosebeşte. În procesul dezvoltării unităţii dintre structură şi funcţie, acestea devin foarte complexe: funcţiile psihice apar nu ca un produs simplu al proceselor nervoase, ci manifestă particularităţile calitative, determinate de mersul complex al evoluţiei, în care a avut loc o împletire a acţiunii factorilor interni şi externi.

La nivelul actual, boala psihică îşi află reflectarea în sindrim. Sindromul capital în schizofrenie urmează a fi considerat schizisul, sau ataxia, sau discoordonarea (dezintegrarea) personalităţii. Sindromul ataxiei nu se referă la un sindrom pozitiv sau negativ, aşa cum nu se poate vorbi de tructuri cantitative ci despre modificările calitative ale structurilor personalităţii. Această nouă structură a personalităţii determină calitatea şi caracterul tendinţelor psihice, ca şi conţinutul psihopatologiei schizofreniei. Autorul arată că în toată psihiatria nu există o perturbare atât de importantă a legăturilor, invers ca cea determinată de toxicoza schizofrenică. Cerebropatologia schizofreniei capătă noi lămuriri de pe poziţiile patocitoarhitectonici, deoarece bazele sale structuro-dinamice se bazează pe modificările aparatului sinaptic axo-dendritic, autogenetic ale celor mai tinere câmpuri corticale. Terapeutica neurologică contemporană aduce lămuriri de pe noile poziţii ale teoriei şi practicii. în particular, pe baza înţelegerii terminale din schizofrenie.

A. V. Snejnevski (1972) şi colab., studiind schizofrenia, distinge formele clinice după criteriul evolutiv care poate fi recurent, continuu sau "mixt" (tipul "cu accese" sau progresiv). Considerând schizofrenia ca unitate nosologică, autorii constată că în raport de evoluţia de ansamblu se înregistrează varietăţi clinice diferite care ar indica existenţa unor mecanisme patogenice, semnificativ diferite care influenţează dezvoltarea şi simptomatologia clinică. În concepţia lui

Snejnevski, principalele subgrupe clinice ale schizofreniei se prezintă astfel:

A. *Schizofrenia continuă* pe care o subdivide în următoarele subgrupe:

a. schizofrenie cu evoluție lentă;

b. schizofrenie progresivă (paranoidă);

c. schizofrenia cu evoluție malignă.

B. *Schizofrenie recurentă* (periodică).

C. *Schizofrenia progresivă* cu evoluție ciclică, constituită la rândul său din următoarele subgrupe:

a. schizofrenia progresivă ciclică benignă;

b. schizofrenia progresivă ciclică cu evoluție de tip progresiv;

c. shizofrenie progresivă ciclică cu evoluție de tip malign.

Autorii au constatat că aceste grupe principale cu subgrupele lor particulare prezintă diferențe caracteristice privind vârsta de apariție a bolii, simptomatologia clinică, evoluția și răspunsul la tratament.

P.F.Malkin (1963) ia în considerare asocierea diverselor aspecte psihopatologice, terapeutice, evolutive și de laborator, subliniind că, de exemplu, nici evoluția progresivă, nici absența răspunsului la terapie nu pot constiui criterii absolute de diagnistic. După opinia sa, schizofrenia nucleară ar corespunde vechii demențe precoce și înglobează următoarele forme clinice: simplă, hebefrenetică, catatonică lucidă și cu evoluție malignă, ca și demența paranoidă precoce.

După Meyer-Gross, schizofrenia înglobează extensiv un grup de boli mintale, atât de mare încât el descrie, incluzând aici și paranoia de involuție ca și cea alcoolică. La fel și Kolle, în a cărei concepție sub numele de schizofrenie se înțelege: hebefrenia, catatonia, paranoidia, parafrenia și paranoia.

J. Guyotat, J.P. Lasson (1968) abordează clinica, etiologia și evoluția schizofreniei. Forma tipică de schizofrenie din punctul de vedere al semiologiei îl reprezintă forma paranoidă, în cadrul căreia se descriu

trei sindroame: *sindromul discordant, sindromul delirant şi autismul*. În cadrul *primului sindrom* sunt evidenţiate următoarele perturbări: ambivalenţa, stranietatea, izolarea (introversiunea lui Jung, pierderea contactului vital cu realitatea a lui Minkovski), impermeabilitatea. *Sindromul discodant* este privit ca o tulburare negativă deficitară. În descrierea *sindromului delirant* se includ dispoziţia delirantă, survenirea consecutivă a ideilor delirante, dinamica tulburărilor halucinatorii, sentimentul de influenţă, sindromul automatismului psihic. *Sindromul autist* apare ca o tulburare specifică caracteristică numai pentru personalitatea bolnavului de schizofrenie şi care se adânceşte în decursul evoluţiei bolii.

În descrierea fenomenelor de debut iniţiale ale bolii se evidenţiază formele progresive, pentru care sunt caracteristice următoarele tulburări (forme) brutale: pierderea intereselor, scăderea nivelului activităţii psihice, modificări afective, pirderea contactului cu mediul. În mod particular este evidenţiată heboidofrenia. O altă variantă o reprezintă cea histeriformă, apoi forma nevrotiformă cu obsesii (pseudo-obsesivă).

După opinia autorilor, în cursul evoluţiei, la cele de mai sus se adaugă procesul delirant care evoluează progresiv.

În forma progresivă se evidenţiază debutul acut sub forma stărilor psihotice acute. Aici sunt posibile următoarele variante: crize acute delirante şi halucinatorii, crize maniacale sau depresive, care se deosebesc prin caracterul lor atipic sui generis. Se descriu, de asemenea, forma ciclică constituită din crize acute tranzitorii şi forma monosimptomatică de debut a bolii.

Stările terminale sunt împărţite în trei grupe:

I. cu predominarea apatiei şi ulburărilor catatonice;

II. schizofrenia;

III. stare terminală cu delir rudimentar şi tulburări halucinatorii.

În afară de forma paranoidă a schizofreniei, se disting următoarele forme clinice: hebefrenică, forma simplă, hebefreno-catatonică şi forme particulare: schizofrenia infantilă, formele marginale atipice.

În stabilirea diagnosticului şi prognosticului se acordă o mare atenţie modificării personalităţii, formei de boală, tempo-ului de dezvoltare şi eficienţei terapeutice.

Se redau diferite teorii privind etiopatogeneza schizofreniei: autotoxică, endocrină, traumatică, etc. Factorii ereditari sunt apreciaţi ca nefavorabili şi se exercită în condiţii nefavorabile de mediu. Se redau diferite tipuri de terapie.

Se discută, de asemenea,diferit delimitarea schizofreniei în raport cu stările nevrotice şi psihopatice. Referindu-se la aceasta, H. Ey sublinia că extinderea conceptului de schizofrenie şi a complexificării formelor clinice are drept consecinţă o pendulare a centrului de gravitate a schizofreniei "nu numai de la Kraepelin la Bleuler, de la demenţă la disociaţie, dar şi de la Bleuler la Freud, de la disociaţia autistică la nevroza socio-psihogenă". Ca urmare, au apărut numeroase studii referitoare la delimitarea graniţelor dintre schizofrenie şi patologia psihică în interferenţa cu normalitatea. În consecinţă, se discută din ce în ce mai mult denumirile de schizofrenie "latentă", "incipientă", stări "periferice", "prepsihotice", "marginale", etc. Discuţiile care se poartă cu privire la psihozele acute sau "procesele schizofrenice" şi a formelor de trecere ("schizofrenii reacţionale") spre nevroze şi legăturile acestora cu schizofrenia nucleară se referă la cazurile în care există atât forme psihotice cât şi nevrotice la un acelaşi bolnav, fie cazul bolnavilor la care predomină simptomatologia nevrotiformă fără a se putea afirma totuşi simptomatologia evident psihotică. Şi într-un caz şi în altul, dificultatea constă în a accepta nevroza având în vedere prezenţa fenomenelor psihotice sau acceptarea psihozei, dată fiind prezenţa simptomatologiei nevrotice evidente. Se creează astfel un grup heterogen de forme clinice cu o terminologie şi un conţinut noţional extrem de divers.

În domeniul cercetărilor clinice asupra schizofreniei, din 1945 se remarcă două curente: fenomenologic şi psihanalitic. Ambele curente fac o analiză minuţioasă a cazurilor, din care rezultă că bolnavul se apropie de noi, că universul lui devine inteligibil, că el se "nevrotizează", că schizofrenia este "relativă". Această noţiune urmează sensul indicat de Freud, care considera psihozele ca nevroze narcisice; el considera schizofrenia ca o regresiune narcistică în dezvoltarea libido-ului în stadiul de autoerotism, la care se adaugă o slăbiciune a ego-ului care permite ruperea de realitate.

Paralel cu studiile precedente s-au făcut şi cercetări socio-psihologice asupra mediului schizofrenilor. S-a acordat o atenţie deosebită relaţiilor familiale şi îndeosebi relaţiilor mamă-copil în primele luni de viaţă. Astfel, S. Arietti, adoptând punctul de vedere psihanalitic, explică schizofrenia pornind de la aspectele diacronice şi sincronice ale vieţii bolnavului şi în mod deosebit relaţiile dintre mamă şi copilul său, exprimându-şi opinia în concordanţă psihodinamică că este vorba de o reacţie specifică la starea de anxietate structurată inconştient în copilărie, reactivizată şi reactualizată prin factorii stressanţi psihologici.

Această reactivare a stărilor de anxietate severă din copilărie ar avea loc atunci când sunt depăşite posibilităţile de adaptare ale organismului în raport cu intensitatea factorilor exteriori psihotraumatizanţi. Ca mecanism de compensare şi evitare a tensiunilor negative apare fenomenul de regresie spre stadiile primare cu necesitatea instalării nevoii de securitatea psiho-afectivă ce se manifestă îndeosebi la sfârşitul primului an de viaţă. Asigurarea unui climat securizant pentru copil din partea microgrupului familial duce la apariţia satisfacţiei şi securităţii afective cu consecinţe favorabile în ce priveşte dezvoltarea eu-lui pe calea asimilării optimale a atitudinilor, sentimentelor şi cuvintelor spuse de mamă. Dacă atmosfera de microgrup familial nu este corespunzătoare, edificarea unoversului relaţional va fi organizată distorsionat, favorizând apariţia schizofreniei. De aici conectarea teoriei psihnalitice cu cea psihodinamică şi cu elaborări conceptuale privind rolul şi semnificaţia perturbării relaţiilor interpersonale în apariţia schizofreniei. De aici decurge nu numai un punct de vedere heterogen şi

insuficient diferențiat despre schiofrenie, dar și o heterogenitate metodologică de diferențiere a diferitelor forme clinice de schizofrenie, ceea ce duce atât la polimorfismul formelor clinice dar și la o orientare antidiagnostică și antinosologică în care principiile de terapeutică au o orientare psihogenetic-comportamentalistă, iar prognosticul scapă analizei clinice.

În sensul acestei orientări, s-a studiat familia bolnavilor de schizofrenie, studii prin intermediul cărora psihiatria infantilă a beneficiat atât în ce privește diagnosticul ca și din punct de vedere al rezultatelor terapeutice, uneori remarcabile. Aceste cercetări au constituit dovezi pentru unii autori în explicarea schizofreniei ca o "reacție" la mediu.

H.S. Sullivan, extinzând teoria lui A. Meyer, dezvoltă teoria perturbării relațiilor interpersonale în ce privește etiopatogenia, diagnosticul și tratamentul schizofreniei ca și a celorlalte boli psihice. Sullivan consideră, conform teoriei interpersonale, că schizofrenia nu reprezintă o entitate care rezidă în perturbarea mecanismelor endogene ale persoanei, ci un "tip de participare la procesul social". Dar raportul și reacția bolnavului schizofren-mediu este foarte complex și deosebit de ambiguu dacă avem în vedere că în marea lor majoritate bolile sunt fenomene reactive cu aecțiune a unor factori patogeni materiali și psihici, astfel că încercarea de a explica schizofrenia prin reacția la mediu nu corespunde decât parțial faptelor reale. Această tendință socio-psiho-genetică duce, în ultimă instanță, la o "nevrotizare" a schizofreniei. Aceasta îl determină pe M. Bleuler să afirme că fără psihoză nu există schizofrenie.

E. Kahn și A. Pokorny (1964) consideră că termenul de demența praecox se atribuie prima dată acelor cazuri de psihoze funcționale care conduc la stări defective. Ulterior, sub influența lui Bleuler, diagnosticul de schizofrenie s-a atribuit acelor cazuri care prezentau sindromul de autism, modificare a afectivității, ambivalență și altele. A. Meyer a interpretat schizofrenia ca o "tulburare progresivă de adaptare", iar curentele psihanalitice au aplicat termenul de schizofrenie în acele cazuri und era un nivel accentuat de regresie.

Se remarcă apariția în literatura de specialitate a unor grupe ca: "schizofrenie schizoafectivă", "schizofrenie pseudoschizopatică", "schizofrenie pseudonevrotică", în care diagnosticul poate fi stabilit numai pe baza unei catmneze extrem de atente și amănunțite.

Autorii consideră că conceptul despre schizofrenie ca unitate nosologică, nu poate fi susținut la fel ca și în cazul altor entități nosologice ale psihiatriei. Chiar în cazurile în care se găsesc paralele între "psihozele organice" și bolile interne, entitatea și unitatea nosologică în ansamblu se poate raporta la boala somatică respectivă. În schizofrenie niciodată nu s-au descoperit fenomene de natură fizică care să reprezinte boala, și nu apar secundar tabloului psihopatologic.

Autorii subliniază în schizofrenie îndeosebi fenomenele de autism și înstrăinare, remarcând faptul că delirul și halucinațiile nu sunt particulare numai schizofreniei, ci și altor psihoze. În înstrăinarea sa, bolnavul de schizofrenie pierde contactul necesar desfășurării vieții normale, se retrage în lumea sa particulară în care comunică cu el însuși și neînțeles de către ceilalți. Autorii consideră că abordarea existențialistă este singura capabilă să explice fenomenologia schizofrenică și diagnosticul "structural". Pentru autori diagnosticul structural trebuie să înceapă cu diagnosticul personalității, apoi urmează diagnosticul de tip clinic, după care se reflectă factorii situaționali specifici sau esențiali și, în fine, ereditatea. Autorii consideră schizofrenia ca o tulburare psihică de care suferea de timpuriu un tip determinat de personalitate și că de aceea nu se pot aplica în mod adecvat metodele științifice de cercetare a "secretelor vieții umane".

Paralel cu cercetările referitoare la originea organică a bolii, s-au efectuat cercetări structural-dinamice asupra schizofreniei, luându-se în considerare terenul, fragilitatea particulară, congenitală sau câștigată, a organismului față de boală, explicându-se manifestările psihotice prin factori ce țin de maturitatea dinmică psiho-afectivă, cu atât mai mult cu cât este cunoscut că uneori, a fost precedată de intervenția defavorabilă a unor factori psihogeni, vorbindu-se în acest caz de reacții schizoforme sau de debutul nevrotiform a unei schizofrenii.

M. Bleuler (1962) de exemplu, arată că după diferite psihotraume este posibilă apariția unor stări psihotice similare schizofreniilor acute și a căror evoluție este, de cele mai multe ori benignă, cu evoluția fazică și cu recidive de tip depresiv.

Psihanaliștii, supraevaluând rolul psihogeniei în etiologia schizofreniei consideră, în general, boala ca o nevroză. În concepția psihanalitică, în legătură cu intervenția acestor factori menționați mai sus, schizofrenia ar exprima și ar reprezenta o retragere narcisistică și o regresiune a libidoului, asociate concomitent cu o slăbire a ego-ului, toate determinate de intervenția psihoplastică a unor factori de natură somatogenă sau psihogenă. Bolnavul regresează la un stadiu timpuriu de dzvoltare psihică, narcisistă și de dezvoltare a libidoului perturbând organizarea ego-ului, a cărei intervenție are un sens doar în ce privește eul-somaticid-ul (instinctele). În unele cazuri, regresiunea libidoului, și în particular în formele grave, poate ajunge până la stadiul autoerotic infantil. Această orientare se conectează pe plan conceptual cu teoria influenței execitate de relațiile interpersonale din microgrupul familial și îndeosebi a perturbării relațiilor mamă-copil în primele luni de viață cu organizarea inconștientă a cortegiului de simptome determinate de frustrația precoce. Printre factorii psihogeni, un rol important se acordă fenomenelor de suprasolicitare care pot determina, în condițiile de fragilitate individuală, fenomene de depersonalizare reactive și, ca atare pasagere, fie că pot declanșa apariția bolii, în special la cei care au avut-o în antecedente.

Antropologul J.H. Weakland a elaborat ipoteza dublei legături în cadrul relației mamă-copil schizofren, în sensul că în cadrul acestei comunicări, copilul primește de la mamă un mesaj cu semificații logice polivalente, în care una dintre ele este negația celeilalte, ceea ce induce copilului o stare tensională contradictorie, dureros conflictuală, determinată de incapacitatea sa de a răspunde adecvat. Studiile efectuate pe familiile bolnavilor de schizofrenie au evidențiat că părinții acestora, de cele mai multe ori nu construiesc o relație optimal adecvată cu copilul lor, îndeosebi atunci când această relație interpersonală de microgrup familial este esențială pentru formarea conștiinței de sine a copilului. În

relația dual mamă-copil, în cazul în care mama este rece, distantă, respingătoare, obișnuit copilul se desconsideră atribuindu-și calități negative dar totodată investind mamei o imagine favorabilă, imagine care-i este necesară satisfacerii nevoii sale organice de securitatea individuală. Concomitent cu această operațiune, copilul elaborează măsuri și atitudini de apărare primitivă, retrăgându-se și izolându-se de lumea exterioară, ceea ce face ca prima și cea mai importantă relație afectivă cu rol psihogenetic dinamic determinant să eșueze. Prin ipoteza dublei legături schizofrenia reprezintă o brutală regresiune în stadiile primitive al formării personalității.

Dar, așa cum accentuează I. Follin, teoria psihodinamică nu este decât parțial satisfăcătoare dacă se are în vedere că esența structurii schizofrenice este circumscrisă doar în trecutul afectiv al bolnavului. Deasemenea, teoria mai este insuficientă și pentru că este nevoie doar de intervenția fortuită, ocazională a unui eveniment patogen pentru a explica cu totul nespecific virajul schizofrenic pe de o parte, și descriind regresiunea infantilă datorită unei scăderi esențiale a ego-ului se neagă specificitatea și respectiv originalitatea intrinsecă, predominant endogenă a procesului schizofrenic.

Totuși, observațiile clinice ecologo-epidemiologice și psiho-sociologice arată că în contextul factorilor psihici, mediul familial deține un rol aparte în patogeneza schizofreniei. În acest sens, Kanner a insistat asupra unor particularități temperamental caracteriale mai frecvent întâlnite la părinții copiilor cu autism infantil: părinți cu tendințe obsesionale, introvertiți, detașați, rigizi, incapabili să stabilească relații călduroase afective cu copilul lor. Kanner subliniază totuși că deși răceala și rigiditatea unuia sau ambilor părinți și îndeosebi a mamei, ar putea avea un rol oarecare în geneza autismului dacă ne referim la vârsta copilăriri cu rol determinant în psihogeneză, acest lucru este insuficient numai prin el însuși în apariția sindromului. Observațiile atente efectuate dinamic tind să demonstreze că astfel de copii sunt diferiți de alții chiar din primii ani de viață, ceea ce demonstrează existența unor structuri biopsihice deosebite, iar părinții nu fac altceva decât să reacționeze în raport cu un copil care nu poate dezvolta relații

şi reacţii afective. L. Bender arată, pe de altă parte, că trebuie să ţinem cont de efectele dezastruase de distorsionare sau dezorganizare a relaţiilor afective în microgrupul familial exercitate invers de un copil schizofren.

B. Fish, T. Shapiro, F. Halpern, R. Wile (1965) au cercetat periodic 16 copii din primele luni până la vârsta de 9-10 ani, copii provenind din familii în care frecvenţa tulburărilor psihice şi a tulburărilor de adaptare sociale era destul de mare. Dezvoltarea copiilor s-a determinat pe baza comparării cu normalul după Gesell. Cercetarea psihologică a dus la următoarele constatări: la un copil a fost evidenţiată schizofrenia, la 2 stările lor au fost apreciate ca prepsihotice; la 11 au fost diagnosticate stări nevrotice sau psihopatii, iar 2 bolnavi au ieşit de sub observaţie. La primii 3 copii cu predispoziţie la schizofrenie, aceasta a fost observată din cea mai mică copilărie. Indicii psihologice la aceştia erau mai mici. Autorii consideră că *schizofrenia este o tulburare fundamentală a funcţiilor de integrare, care apare în toate sferele activităţii psihice: fiziologică, emoţională, intelectuală şi socială.* Din punctul lor de vedere, rezultatele cercetării atestă că la unii bolnavi de schizofrenie perturbarea timpurie a integrării poate fi reflectată în dezvoltarea dizarmonică neurologică.

Aceste abateri în dezvoltare pot servi drept criteriu pentru evidenţierea copiilor, cel mai mult expuşi schizofreniei şi prin urmare, pot constitui semne diagnostice pentru evidenţierea şi terapia precoce a schizofreniei.

Goldfard arată că în familiile schizofrenilor nu se întâlneşte o ostilitate manifestă, deschisă, izolarea făcându-se prin relaţii reci, de obicei politicoase, reţinute, robotizate, părinţii reanalizând rolurile lor familiale fără motivaţii şi fără satisfacţii pozitive, ei semănând mai mult cu copiii lor decât cu adulţii. Pe de altă parte este greu, dacă nu imposibil de stabilit cu precizie dacă tulburările observate la copii sau la părinţi sunt şi într-un caz şi într-altul cauze sau consecinţe primare sau secundare. Ceea ce trebuie reţinute ca semnificativ, deşi apare secundar cel mai probabil ca efect reacţional, comportarea mamei are rol foarte important, poate chiar decisiv, în evoluţia unei schizofrenii incipiente la

copil. cu atât mai mult dacă se are în vedere marea disponibilitate psihoplastică normală sau patologică în perioada dezvoltării infantile.

Se atribuie, de asemenea, un rol etiologic, după unii, tatălui agresiv, dominant iar după alţii un rol central se acordă "mamei schizofrenogene".

Numeroşi psihiatrii au criticat sau respins teoriile psihanalitice despre schizofrenie. Printre aceştia, de exemplu H.Ey accentuează asupra lipsei de specificitate patogenă a factorilor implicaţi de teoria psihanalitică deoarece nu se explică modul cum se ajunge la schizofrenie. M. Bleuler, de asemenea, accentuează asupra caracterului nespecific al factorilor psihologici defavorabili implicaţi de psihanaliză în apariţia schizofreniei, aceşti factori întâlnindu-se şi în antecedentele toxicomanilor, psihopaţilor, etc.

În ce priveşte participarea factorilor afectivi în etiopatogeneza schizofreniei, se observă cel mai frecvent un dezgust, dar mai ales un dezinteres pentru viaţă, care apar mai curând ca o consecinţă decât ca o cauză a bolii. Având în vedere totuşi rolul şi participarea inevitabilă a factorilor psihici în etiologia schizofreniei (s-a probat că semnele bolii pot apare evident de multe ori după o traumă psihică), dar este greu să i se acorde acesteia o semnificaţie etiologică determinată în afara acceptării concomitente a unei fragilităţi de reactivitate neuropsihică endogenă a cărei cauză n-o cunoaştem precis.

E.A. Nuţenko (1963) observă că o traumă psihică este urmată reactiv, în debutul schizofreniei, de o stare prodromală de tipul reacţiei psihogene de tip paranoic, depresiv sau neurastenic pentru ca ulterior, în faza de instalare a bolii, tulburările să evolueze spre forma clinică paranoidă sau catatonică a bolii. Acest factor psihogen influenţează nu numai evoluţia enoeri favorabilă a bolii, dar totodată favorizează acutizările la bolnavii de schizofrenie în stare de remisiune.

Considerăm că ideea unei participări psihogene în dinamica schizofreniei se cuvine a fi reţinută atât în ce priveşte etiopatogenia, ca şi în ce priveşte structurarea tabloului clinic, a efectelor terapeutice ca şi cu referire la agravările şi ameliorările bolii care sunt sub dependenţa influenţelor psihice.

Toate aceste aspecte teoretice şi practice au impus reunirea grupului de experţi ai O.M.S. care au definit schizofrenia după cum urmează: "Grupul de psihoze caracterizat printr-o tulburare fundamentală a personalităţii, o alterare tipică a gândirii, printr-un sentiment frecvent de a fi comandat de forţe străine prin idei delirante care pot fi bizare, prin tulburări de percepţie, printr-o afectivitate normală fără legătură cu situaţia reală, prin autism. Conştiinţa şi facultăţile intelectuale sunt de obicei conservate. Tulburarea personalităţii interesează funcţiunile esenţiale care dau individului normal sentimentul individualităţii, a unicităţii, a autonomiei sale. Bolnavul are deseori impresia că gândurile, sentimentele, actele sale cele mai intime sunt cunoscute şi împărtăşite de o altă persoană şi explicaţiile delirante se dezvoltă pe tema forţelor naturale sau supranaturale, influenţând gândurile şi actele sale într-un mod bizar. Bolnavul se poate considera drept pivot a tot ce se întâmplă. Halucinaţiile, în special cele auditive sunt frecvente şi se traduc prin comentarii sau prin ordine privind pe pacient. Percepţia este deseori tulburată într-un alt mod: faptele neânsemnate pot lua câteodoată o importanţă capitală şi adăugându-se la sentimentele de pasivitate, îl pot face pe pacient să creadă că obiectele şi situaţiile vieţii de toate zilele îmbracă pentru el o semnificaţie particulară, de obicei sinistră. În alte cazuri, rana gândirii, caracteristice schizofreniei, elementele accesorii şi nepotrivite pentru un concept global, îmbinate într-o activitate mintală normală, ocupă primul rang şi sunt utilizate în locul elementelor proprii situaţiei. Din această cauză gândirea devine vagă, eliptică, obscură şi expresia ei orală deseori este incomprehensibilă. Rupturi şi interpolări în cursul normal al gândirii sunt frecvente şi pacientul poate avea convingerea că gândurile sale sunt răpite de o forţă superioară. Dispoziţia lui poate fi superficială, capricioasă sau necuviincioasă. Ambivalenţa şi tulburările de voinţă pot să apară sub forma inerţiei, negativismului sau stuporii. O catatonie poate exista. Diagnosticul se va pune numai dacă se observă sau s-au observat în cursul aceleiaşi boli, tulburările caracteristice în gândire, în percepţii, în dispoziţie, în conduită sau personalitate - de preferinţă două din aceste tipuri de

tulburări. Diagnosticul nu va fi limitat la afecțiuni cu evoluție prelungită. deteriorată sau cronică. În afară de stabilirea diagnosticului pe baza criteriilor de mai sus. se va căuta să se precizeze. în funcție de simptomele principale. forma schizofreniei de care este vorba pe baza subdiviziunilor ce urmează."

ANDRIEŞ C. LUCIAN
Nr 2818
Biblioteca Personală

## Simptome somatice în schizofrenie

Examenul clinic al unui mare număr de bolnavi de schizofrenie evidențiază o simptomatologie bogată, variată, poliformă prezentă în unele cazuri, dar absentă la alții. Dintre simptomele somatice neuro-endocrino-umoral-metabolice nu s-a reușit până în prezent să se desprindă simptome caracteristice sau specifice și respectiv să se poată contura o constelație sindromatică care să poată permite, dacă nu stabilirea diagnosticului, cel puțin să favorizeze evocarea sa. Pe de altă parte, unii psihiatri abordând etiopatogenia schizofreniei și considerând-o ca o boală predominant *endogenă* și respectiv o maladie cu caracter procesual, nu acordă factorilor somatici vreo semnificație particulară și de multe ori nici nu-i iau în seamă. Pe o poziție opusă se situează cei care consideră schizofrenia ca o *reacție exogenă* în care rolul predominant îl au factorii de natură externă (mecanici, fizici, toxici, infecțioși, etc.). De aici tendința de a descrie o serie variată de complexe simptomatice a căror configurare în mod necesar dispare însăși unitatea schizofreniei ca boală. Din aceste două orientări fundamentale a rezultat în mod necesar o a treia orientare care, pe baza unor constatări obiective, a desprins grupa schizofrenici nucleare care se dezvoltă pe fondul unor fragilități sau predispoziții ereditar-constituționale cu determinism predominant endogen, genetic și care nu admit conceptul schizofreniei ca formă de reacție ci acela de boală. În ce privește participarea factorilor exogeni, psihiatrii care au adoptat această din urmă orientare, admit că acești factori exercită un rol secundar, pot favoriza declanșarea bolii în condițiile existenței unei predispoziții constituționale, sau pot agrava evoluția sa. Totuși, acumularea unui important număr de constatări a dus, în cele din urmă, la afirmarea unui grup de sindroame schizofreniforme cu o determinare etiologică predominantă în care nu este, de asemenea, exclusă în mod inevitabil participarea endogenă. Pe de altă parte, în raport cu unul sau altul din factorii predominanți endogeni, exogeni sau endo-exogeni care participă la apariția bolii, personalitatea în ansamblu va reacționa într-un fel sau altul față de procesul morbid, încât într-un fel se va configura reacția

personalității în ansamblul său față de determinarea endogenă, într-o altă modalitate față de cea exogenă. De aici urmează că se pot, eventual admite că așa numitele sindroame schizofreniforme dezvoltă pe fondul unor suferințe neuro-endocrino-umoral-metabolice manifeste, drept *reacții schizofreniforme* care poartă amprenta determinantă a bolii organice și structura simptomatică schizoformă cu care se împletește în expresii sui generis.

De aici necesitatea unui examen clinic somatic atent, complex și amănunțit al bolnavilor psihici cu simptomatologie de tip disociativ-schizofrenică și totodată evidențierea perturbărilor psiho-patologice de conștiință și gândire specifice schizofreniei, de cele nespecifice (schizoforme) apărute pe fondul unor suferințe organice, în stările recative sau în condițiile unor dezvoltări patologice, în psihozele mixte sau stările confuzionale episodice, etc., asupra acestor aspecte urmând să revenim în alt capitol.

1. Ceea ce se pune în evidență în mod relativ frecvent, urmărind în dinamică starea somatică a bolnavilor de schizofrenie, sunt oscilații semnificative ale *greutății corporale* care nu întotdeauna își pot găsi o explicație logic plauzibilă prin modificarea condițiilor de viață și îndeosebi a celor alimentare. Astfel vom constata scăderi ponderale îngrijorătoare sau creșteri ponderale până la obezitate de diferite grade, care nu pot fi explicate prin perturbări ale metabolismului hidric, apetitului sau a aportului alimentar și nici prin alterarea hidrofiliei tisulare. Totuși, în unele cazuri de sitiofobie se poate ajunge până la aspecte de tipul unor false cașexii hipofizare după cum, în situația unui aport alimentar exagerat prin bulimie se vor înregistra crize de obezitate, uneori monstruoasă, obișnuit de tip diencefalic cu topografie facio-tronculară sau abdomino-pelvină. În stările finale de demență schizofrenică este cunoscută bulimia și în consecință, apariția obezității. În schizofreniile cu debut acut simptomatologia somatică este asemănătoare cu cea din sindroamele toxice și infecțioase: stările febrile sau subfebrile, tahicardie, manifestări de tip colaptoid, fragilitate și permeabilitate vasculară crescută, facies teros sau hiperemic, sclere

injectate, buzele arse, limbă saburală, stomatită, erupții cutanate, uremie, albuminurie, cilindri hialini, celule epiteliale renale, hipoglicemie, transpirații, topirea maselor musculare cu scăderea ponderală îngrijorătoare. În cazul că apar fenomene uremice extrarenale, tabloul clinic este asemănător cu cel al psihozei encefalozice azotemice acute. Simptomatologia devine deosebit de gravă în caz de catatonie tip Stauder sau catatonie tip Sjogren, în toate cele trei forme, fenomenele toxice generale putând să evolueze acut sau supraacut încât se impune instituirea unor măsuri terapeutice energice de primă urgență pentru a salva viața bolnavilor.

Tulburările somatice descrise apar fie prin zdruncinarea parabiotică a reactivității diencefalice, fie printr-o reactivitate generală a organismului de tip hipoergic sau anergic cu creşterea consecutivă a sensibilității bolnavilor de schizofrenie față de infecțiile obişnuite (streptococice sau stafilococice), fie printr-o activizare a florei microbiene banale şi în special a piogenilor care găsesc condiții de dezvoltare patogenă prin lipsa de îngrijire generală a bolnavului sau prin leziunile eventuale ce apar sau pe care şi le poate provoca. (O.V. Kerbikov).

Se descrie, în mod obişnuit, un facies de culoare particulară, o paliditate care nu seamănă nici cu cea din anemie dar nici din cloroză şi care, după H. Baruk, ar fi caracteristică schizofreniei catatonice.

2. *Aparatul respirator.* Se remarcă în schizofrenie, îndeosebi în schizofrenia catatonică, modificări ale ritmului respirator, cu scăderea amplitudinii mişcărilor respiratorii, limitarea mişcărilor curții toracice, aritmie respiratorie. Indicele ritmului respirator, după I.M. Soarma, este semnificativ mai scăzut ($8,8 \pm 3,78$) față de normali ($13,4 \pm 6,92$), fenomen care traduce perturbarea mecanismelor ce asigură interrelațiile funcționale cardio-respiratorii. Labilitatea şi apariția episodică a aritmiei respiratorii apar în stările fazice hipnoide ale bolii şi traduce disociația funcțională cardio-vasculară determinată de instalarea fenomenelor de inhibiție supraliminară, paradoxală sau ultraparadoxală. Dovada acestei stări funcționale de parabiotizare a structurilor cerebrale este faptul că

indicele ritmului respirator este cel mai scăzut în formele de schizofrenie cu debut acut. Aritmia respiratorie cardio-vasculară este expresia interrelațiilor funcționale normale dintre sistemul simpatic și parasimpatic determinând, prin activitatea presoro-depresorie a zonelor reflexogene ale sistemului arterial, fenomenul aritmiei respiratorii. Se remarcă, din acest punct de vedere, la bolnavii de schizofrenie modificări izolate fie ale pulsului, fie ale respirației, care traduc disociația funcțională a celor două sisteme și, respectiv, perturbarea reactivității funcționale a capacității lor adaptive. Inspecția, arată, de asemenea, uneori un discret asinergism între mișcările respiratorii și ale peretelui abdominal, iar în unele cazuri inversarea mișcărilor peretelui abdominal în inspir. H. Baruk remarcă variabilitatea de amplitudine și frecvență a mișcărilor respiratorii în funcție de fazele hipnoide a pacienților sau de ceea ce el denumește, în funcție de starea de somn cataleptic sau de trezire. În stuporul catatonic respirația este extrem de superficială cu oscilații de amplitudine atunci când reușim să-i mobilizăm atenția bolnavului dar revine la starea inițială imediat. De asemenea, s-a remarcat *polipneea paroxistică* atunci când se încearcă a scoate bolnavul din starea sa de negativism activ. E. Bleuler semnalase ritmurile paradoxale respiratorii și importanța lor în studiul afectivității.

N. I. Nemțeva constată, cu ajutorul oxihemografiei catodice perturbări ale respirației externe la bolnavii de schizofrenie cu delir paranoid. Discuția cu bolnavul pe structura temei sale delirante determină o aritmie respiratorie accelerată, aritmică, cu pauze respiratorii, inspirul devine mai superficial comparativ cu expirația (fenomen descris și de S.S. Korsakov, (1901), apar modificări de vasomotricitate facială și pe fața antero-superioară a toracelui, iar indicele de saturare a sângelui arterial cu oxigen scade în medie cu 4,3 $\pm$ 0,2%. La bolnavii schizofreniei cu disociație ideo-afectivă și indiferentism afectiv marcat pneumo-oxihemograma atestă o areactivitate respiratorie stereotipă mașinosimilă cu o mare inerție adaptativă și o hipoxie arterială cu 2-3% mai scăzută comparativ cu persoanele normale. Aceste date se acordă cu cele subliniate de H.Baruk (1938) care amintea de "sinergiile psiho-respiratorii" - la aplicarea unor

stimulări psihice. În același timp, însă, N.I. Nemțeva subliniază areactivitatea respiratorie la bolnavii de schizofrenie cu evoluție îndelungată în stare de demențiere afectivă. Se remarcă, de asemenea, tulburări de respirație și neadaptarea acesteia la probele de efort.

Tulburările de ritm și amplitudine respiratorie, în general diminuate la bolnavii de schizofrenie, determină o veritabilă insuficiență respiratorie funcțională care, alături de scădere generală a reactivității imunobiologice ar explica frecvența mai crescută a tuberculozei pulmonare la acești bolnavi (la bolnavii catatonici cu aproximativ 60% mai frecventă).

3. *Aparatul cardio-vascular.* Perturbările pe care le determină schizofrenia cuprind întregul organism, dar cele mai evidente la examenul clinic par a fi, în afara microsplanhniei, tulburările vasculare și în special de dinamică vaso-motorie ce ține de dereglările funcționale ale sistemelor organo-vegetative. În primul rând se va constata bradicardie cu hipotensiune arterială și hipoplazia aparatului cardio-vascular. În debutul acut al schizofreniei de aspect toxi-infecțios se vor constata tahicardie, labilității de frecvență și tonus vascular cu manifestări de tip colaptoid, fragilitate și permeabilitate capilară crescută tegumentară, sufuziuni sanguine, gingivovagii, hiperemie alternând cu paliditate, hiperemii sclerale, etc.

În debutul subacut obișnuit se constată faciesul palid teros, de un aspect particular, care l-a determinat pe H. Baruk să-l denumească *"facies de mort"* care se recolorează pe măsura îmbunătățirii stării clinice. Faciesul are culoarea rozie sau îmbujorată în sindroamele schizofreniforme puerperale unde se presupune o participare toxico-infecțiosă endo-exogenă.

V.A. Glazov constată la bolnavii de schizofrenie nucleară valori crescute ale presiunii arteriale minime însoțite de o slabă amplitudine a pulsului arterial, această din urmă particularitate corelându-se frecvent cu gradul de gravitate al bolii. De asemenea, autorul constată o variabilitate semnificativă a reflexelor clino-ortostatice, remarcând o creștere a reflexivității vasomotorii în clinostatism la bolnavii catatonici

şi în ortostatism la bolnavii agitaţi. În perioada acută a bolii, V.A. Glazov a înregistrat *creşterea paradoxală a tensiunii arteriale* în trecerea din ortostatism în clinostatism. De asemenea, s-a constatat apariţia unei *reactivităţi paradoxale cardio-vasculare* în schizofrenie care constă în absenţa creşterii activităţii şi respectiv a travaliului cardiac spre a creşte presiunea arterială atunci când apar stările spastice ale vaselor periferice. Un alt fenomen legat de creşterea spasmului arterelor periferice este tonalitatea scăzută a pulsaţiilor arteriale atunci se măsoară tensiunea arterială periferică. Reactivitatea paradoxală clinico-ortostatică, lipsa de compensare a vasoconstricţiei periodice ca şi scăderea tonalităţii amplitudinii pulsaţiilor arteriale atestă o evidentă disociaţie funcţională a sistemului vegetativ vago-simpatic şi respectiv prezenţa unei neândoielnice *insuficienţe funcţionale cardio-vasculare*, determinată de reactivitatea paradoxală a centrilor de reglare a dinamicii interfuncţionale vasomotorii. Această scurtcircuitare a reglărilor vaso-motorii de natură cortico-subcorticală are ca efect nu numai perturbarea circulaţiei periferice ci şi a celei cerebrale, fenomen care are drept consecinţă instalarea hipoxiei tisulare şi accentuarea în continuare a fenomenelor de parabioză cerebrală. Ca urmare, se vor constata aceste balansări discordante, disociative simpatico-parasimpatice cu predominanţa tonusului vagal, exprimată prin sialoree, bradicardie, tendinţa la hipotensiune arterială, creşterea reactivităţii vaso-motorii în clinostatism, etc. În raport de fenomenele fazice ale parabiozei ca şi a inhibiţiei supraliminare, balansarea vegetativă poate avea un aspect de predominanţă simpatică menţinându-se acelaşi fenomen disociativ vegetativ, la aplicarea unor stimulări ideo-afective care să determine procese de dezinhibare a reactivităţii generale, dar această reactivitate crescută este, obişnuit, de scurtă durată având în vedere epuizarea rapidă a rezervelor energetice ale substratului morfo-funcţional dinamic cerebral. Această discordanţă funcţională intravegetativă din schizofrenie, cu polimorfismul şi labilitatea impresionantă a manifestărilor sale, caracterizează stadiile iniţiale de debut şi de instalare a bolii care reflectă reactivitatea paradoxală cerebrală cu consecinţe disfuncţionale ce cuprind economia întregului

organism. Discordanța funcțională intravegetativă nu se reduce la fenomenele descrise mai sus, ci se reflectă inclusiv în ceea ce privește disociația funcțională a sectorului arteriovenos evidențiat, printre altele, și de cercetările lui H. Baruk și colab. (1938) care, referindu-se la acrocianoză scriau următoarele: *"În rezumat*, această acrocianoză ortostatică a catatonicilor se poate explica... pe de o parte printr-un *spasm arterial și arteriolar* predominant mai ales în poziția verticală, pe de altă parte printr-o *atonie capilaro-venulară"* (p. 107) de natură centrală și care evoluează în raport de desfășurarea stadială a bolii. H. Baruk, efectuând studii oscilometrice, pune în evidență disociația funcțională arterio-venoasă amintită, iar prin studii de capilaroscopie peringuală constată dimensiuni capilare normale, foarte dilatate sau contractate în funcție de stadiul evolutiv al bolii. Aceeași instabilitate se remarcă și în studiul tensiunii arteriale retiniene.

Disociația funcțională intravegetativă reflectă perturbările de substrat fundamental ale eu-lui corporal și oscilează dinamic corelativ cu evoluția fazică ameliorându-se odată cu ameliorarea stării clinice a bolii.

În stadiile avansate ale bolii se instalează o stare de hipoactivitate vegetativă cu apariția unei inerții mai mult sau mai puțin stabile a reactivității psiho-neuro-endocrino-umorale. În consecință, fenomenele disociative intravegetative își vor însuși o mai mare inerție și respectiv de stabilitate areactivă cu accentuarea fazelor paradoxale sau ultraparadoxale sau de inhibiție supraliminară cu punct de plecare cortico-subcortical. Ca urmare a acestor fenomene, va apare acrocianoza ortostatică a extremităților, uneori a urechilor și vârfului nasului în mod deosebit de evidente și semnalate încă din 1896 de către Crocq. Acrocianoza urmează în paralel starea clinică a bolnavilor hebefrenocatatonici dispărând odată cu remisiunea tulburărilor psihice. Culoarea tegumentelor este roșie-venoasă. Dacă se trece bolnavul din ortostatism în clinostatism, această culoare particulară dispare, tegumentele redevenind palide. Acest aspect, așa cum arată H. Baruk, și Claude, nu este nici constant dar nici specific pentru schizofrenie, el putând fi întâlnit în sindroamele parkinsoniene ca și în afecțiunile medulare și mai ales în tabes.

L.G. Cilenov a atras atenţia asupra aspectului degetelor mâinii care aminteşte de sindromul talamice descrise de J. Dejerine (1906) şi de G. Roussy (1907). În schizofrenie mâna talamică are aspectul cianotic şi în plus se constată hiperhidroză iar simptomatologia este cu atât mai apropiată de cea din sindromul talamic cu cât se asociază mai frecvent mişcarea dezordonată a degetelor, în care mişcarea altuia, modifică rapid atitudinea mâinii şi a degetelor. Acest semn atestând o leziune talamică va trebui examinat cu atenţie îndeosebi în cazul schizofreniei hebefreno-catatonice şi totodată diferenţiat de stereotipiile şi manierismele discordante. Tulburările trofice ale mâinii pot avea aspectul unui pseudoedem de tip Dide, retracţii ale aponevrozei palmare sau alte retracţii consecutive *mâinii catatonice.*

Ar fi, de asemenea, de reţinut că examenul clinic al cordului nu relevă modificări patologice iar electrocardiograma poate evidenţia în unele cazuri o creştere a amplitufinii unei T care de cele mai multe ori reflectă perturbările vegetative ale aparatului cardio-vascular despre care s-a amintit mai sus.

V.A. Glazov a studiat la bolnavii de schizofrenie catatonică reflexul psihogalvanic în scopul explorării reacţiilor vegetativ-emoţionale, care aşa cum se ştie, decurg fără participarea predominantă a conştiinţei. Administrând diverse substanţe care ameliorează circulaţia cerebrală şi interrelaţiile cortico-subcorticale, autorul constată că în schizofrenie galvanograma are un caracter specific şi constituie un mijloc satisfăcător pentru diagnosticul diferenţial cu alte boli organice cerebrale sau psihice. Aşa de exemplu, autorul consideră că galvanograma în schizofrenia nucleară este determinată numai de excitaţiile endogene, în timp ce în alte boli prin leziuni are un caracter plat şi la aplicarea excitaţilor externi răspunde prin oscilaţii ample şi nu slabe ca în schizofrenie. Astfel, în schizofrenie, după administrarea cofeinei se suprimă oscilaţiile determinate endogen şi se normalizează la aplicarea excitaţilor externi. La normali administrarea cofeinei determină o creştere a excitabilităţii psihogalvanice. Administrarea cofeinei în alte boli psihice (isterie, psihopatie schizoidă) a determinat creşterea excitabilităţii psihogalvanice, în timp ce în schizofrenie determină

epuizarea oscilațiilor endogene. Această probă atestă prezența fenomenelor de parabioză cerebrală și totodată efectul deparabiotizant pe care-l exercită administrarea cofeinei în schizofrenie, fenomen pe care noi l-am constatat în cazul administrării cofeinei la bolnavii de schizofrenie cu fenomene halucinatorii.

V.A. Glazov a constatat că în ortostatism galvanograma prezintă numeroase oscilații endogene cu punct de plecare din regiunea mezodiencefalică, în timp ce în clinostatism galvanograma se aplatizează, iar în unele cazuri oscilațiile interne dispar aproape complet. Administrarea nitratului de natriu a determinat ameliorarea interrelațiilor funcționale de lucru cortico-subcorticale la bolnavii de schizofrenie, iar galvanograma s-a apropiat, ca morfologie, de aspectul galvanogramei subiecților normali. Administrarea medinalului în schizofrenie a inhibat atât oscilațiile reflexe endogene ca și pe cele de origine exogenă. Aplicarea cerebrală a unui curent Leduc de 0,5 - 1 mA, a determinat apariția unor oscilații pe electrogalvanogramă de aspect dințat, ca rezultat al excitațiilor endogene și areactivitate la stimulările externe, fenomene asemănător ca în schizofrenie atestând fenomenul de parabioză cu inerția excitatorie a structurilor subcorticale.

4. *Aparatul digestiv.* Tulburările digestive au fost semnalate de E. Bleuler care menționa cercetările lui Lenbuscher și Ziehen care au evidențiat hipersecreția salivară și hiperlorhidria, iar după datele lui Masselon prezența mericismului, adică a regurgitării unor fragmente alimentare deja înghițite și remestecarea lor, acest din urmă fenomen fiind deja expresia revenirii la un stadiu filogenetic foarte vechi. C. Chatagnon (1940), cercetând funcția gastrică la bolnavii de schizofrenie constată în 57% din cazuri scăderea importantă a acidului clorhidric liber în sucul gastric. Același autor constată, de asemenea, scăderea puterii fermentative a sucului gastric la bolnavii de schizofrenie.

S-au semnalat în schizofrenie inapetența, grețuri, vărsături, refuzul alimentelor, bulimie, diaree, etc. Din punct de vedere funcțional s-au remarcat în debutul acut al schizofreniei un tip inert și excitabil de secreție cu hiperaciditate. N. M. Jarikov și I.A. Scorunski au remarcat

reacții de egalizare și paradoxale în relație cu dozele de histamină administrate. V. Buscaino (1953) sintetizând cercetările a 12 autori găsește fenomene de hiperclohidrie și achilie la majoritatea bolnavilor de schizofrenie. Reiter remarcă la o treime din bolnavii de schizofrenie de diferite forme clinice în perioada de debut prezența hiperclorhidriei. V.M. Buscaino arată că examenele necroptice la bolnavii de schizofrenie decedați atestă în 59,7% din cazuri aspecte morfopatologice ale mucoasei gastrice similare celor din procesele inflamatorii acute, cu frecvente caractere hemoragice, iar pentru procesele cronice aspecte de atrofie cu scleroza mucoasei gastrice.

H. Baruk și L. Camus (1938) au observat la bolnavii de schizofrenie catatonică modificări paradoxale de motilitate gastro-pilorică: deformări gastrice accentuate cu asocierea unui important spasm și a unei mari atonii. A. Tomescu (1936), studiind gastrogramele bolnavilor de schizofrenie constată, de asemenea, tulburări de motilitate gastrică.

G.W. Henry (1927), pe un număr de 51 bolnavi găsește într-o proporție de 70% tulburări motrice digestive, iar la bolnavii de catatonie remarcă un peristaltism mai activ al stomacului și intestinului (cf. H. Baruk).

M.I. Briskman (1959) a efectuat studiul roentgenografic a funcției evacuatoro-motrice a stomacului și intestinului la bolnavii de schizofrenie catatonică deosebind trei forme de tulburare a acestei funcții: în primele două genuri de tulburări această evacuare era manifest perturbată, iar în a treia, evacuarea era normală. Autorul considera că aceste perturbări apar drept consecință a răspândirii inhibiției motorii asupra musculaturii gastro-intestinale.

L.N. Sulman (1966) cercetează starea funcției motrice și evacuatorii a stomacului la 30 bolnavi cu schizofrenie catatonică utilizând în acest sens metoda electrogastrografică. Dacă la subiecții normali amplitudinea vârfurilor electrogastrogramei nu depășește 0,3 mV și un ritm de 3 cicli pe minut, la bolnavii de schizofrenie catatonică periodică se constată forme variate de vârfuri fie în platou, fie cu deformări acute fără a se putea înregistra o variabilitate mai mult sau

mai puțin ordonată și ciclică. Pe de altă parte, se constată că la subiecții normali după introducerea unui prânz de probă la 20-30 secunde se observă o încetinire a potențialului electric; la un bolnav cu schizofrenie catatonică apare o importantă perioadă de activitate motorie imediat la introducerea alimentației pe sondă, fenomen asemănător cu cel ce se înregistrează la bolnavii cu achilie la care se constată fie lipsa contracțiilor, fie o semnificativă oscilație a potențialului electric. Date analoage au fost obținute la toți bolnavii cu schizofrenie catatonică. L.N. Șulman constată absența paralelismului dintre activitatea motorie gastrică și caracterul secreției. Creșterea voltajului vârfurilor gastrogramei la bolnavii cu stupor catatonic se menține pe tot parcursul secreției alimentare și este similar cu gastrograma din stenoza pilorică. Perioada de evacuare a prânzului Ehrman sau a unui prânz format din grăsimi, lapte și ouă, introdus pe sondă a fost de 3-4 ori mai mare la bolnavii de schizofrenie catatonică comparativ cu bolnavii psihici sau sănătoși suferind de achilie. Astfel, la bolnavii de schizofrenie catatonică, prânzul Ehrman dura 100 de minute iar prânzul alimentar administrat pe sondă 190 minute, în timp ce la bolnavii psihici cu achilie sau hipocorhidrie evacuarea se făcea în 105 minute (în unele cazuri în 140 minute) pentru prânzul Ehrman și în 190 minute pentru amestecul alimentar administrat pe sondă. Aceste date obținute pe bolnavii de schizofrenie catatonică au fost comparate cu cele obținute pe bolnavii psihici sănătoși suferind de achilie și s-a constatat că prânzul Ehrman era evacuat în 36 minute iar laptele în 85 minute. Autorul încearcă să explice aceste fenomene paradoxale dintre funcția de evacuare a stomacului și caracterul secreției prin aceea că bolnavii catatonici ar sta mai mult în poziția de clinostatism iar intervenția reflexului lui A.S. Serdiukov care este de deschidere a pilorului atunci când acidul clorhidric gastric ajunge la o anume concentrație deschide pilorul, iar când acesta ajunge la duoden îl închide reținând alimentele în stomac. Dar după alte date, reflexul lui Seriukov se întâlnește foarte rar la bolnavii cu diverse stări patologice.

Șulman constată, de asemenea, o creștere de 3-4 ori a azotului rezidual și a ureei în conținutul gastric la bolnavii de schizofrenie

catatonică, substanțe care exercită o acțiune excitantă asupra aparatului nervos intraumoral al stomacului, ceea ce determină consecutiv o creştere a activității motorii gastrice.

După opinia noastră, fenomenele paradoxale constatate de Sulman atestă neândoielnic, la fel ca şi în cazul celorlalte funcții vegetative, disociația funcțională intravegetativă, consecință a fenomenelor de parabioză în care nu se mai realizează balansarea fiziologică dintre funcția gastro-duodenală determinată de creşterea concentrației acidului clorhidric şi care, aşa cum spunea I.P. Pavloc în formularea sa că dacă stomacul deschide pilorul, duodenul îl închide. Noi considerăm că datorită fenomenelor paradoxale parabiotice stomacul deschide cu dificultate duodenul, fapt atestat de gastrogramă ca şi de secreția gastrică, iar duodenul nu lasă timp evacuării gastrice închizând-o cu mult mai precoce decât perioada fiziologică normal necesară. Creşterea de 3-4 ori a azotului rezidual şi a ureei reprezintă nu numai consecința fermentației intragastrice dar şi o reacție adaptivă de creştere a aciditații pentru a învinge contracția paradoxală a pilorului.

K.M. Țafarov studiază modificările funcției secretorii gastrice la bolnavii de schizofrenie în diversele studii ale bolii prin excitarea mecanică a stomacului şi duodenului prin intermediul unei sonde prevăzută cu un balon în care se introduce aer. Autorul constată pe nemâncate o hipersecreție gastrică la 15% la debutul bolii şi de 60% în stadiile de stabilizare. Determinarea acidului clorhidric liber la normali este prezent la 25% din cazuri, la bolnavii de schizofrenie în faza acută este de 50% iar în stările terminale de 70%, ceea ce demonstrează creşterea hipersecreției gastrice şi a acidului clorhidric liber odată cu agravarea bolii. Valorile obținute de autor se ameliorau în sensul scăderii lor în cazul evoluției favorabile.

Cercetând reactivitatea funcției gastro-duodenale în funcție de intensitatea stimulului administrat (respectiv de cantitatea de aer insuflat), autorul constată modificări fazice parametrilor biologici cercetați. În stadiul acut al bolii, la 6 bolnavi din 20, secreția gastrică şi de acid clorhidric liber cantitativ avea valori sensibile egale atât la aplicarea unui stimul slab cât şi la stimularea puternică, ceea ce

demonstrează prezența stării de egalizare fazică parabiotică în peste 33% din cazuri. La 4 bolnavi secreția a fost crescută la stimularea slabă şi scăzută la stimularea puternică, demonstrând o reactivitate paradoxală, iar la restul de 10 bolnavi s-a stabilit o reactivitate disociativă între mecanismele care reglează secreția de suc gastric pe de o parte şi de acid clorhidric pe de altă parte. La toți acești bolnavi pe parcursul evoluției bolii a apărut tendința adâncirii fazelor parabiotice privind dinamica parametrilor cercetați în sensul trecerii de la fazele normale sau de egalizare spre fazele paradoxale. S-a constatat, de asemenea că, în ce privește disociația fazică funcțională intravegetativă a mecanismelor gastrice secretorii sunt în perioada acută mai grav afectate mecanismele filogenetice noi care asigură secreția de acid clorhidric şi mai puțin grav cele care asigură secreția sucului gastric, iar pe parcursul evoluției bolii acestea din urmă sunt primele care se stabilizează, înaintea celor care asigură secreția sucului gastric. Dezvoltarea fazică a acestor perturbări disociative periodice ale proceselor secretorii gastrice crează dominante şi subdominante patologice dizarmonice, dezordonate, fragmentare şi haotice. Revenirea compensatorie a mecanismelor de mai sus în dinamica bolii se observă numai dacă se aplică stimularea intensă, ceea ce atestă un nivel scăzut de reactivitate. La 39 din totalul de 40 de bolnavi studiați, autorul constată o stare de reactivitate scăzută, crescută sau inversată, paradoxală dar disociată intrafuncțional în ce privește mecanismele care asigură secreția de suc gastric şi de acid clorhidric liber.

La fel ca şi în cazul aparatului respirator şi cardio-vascular şi în cazul aparatului digestiv asistăm la aceeaşi discordanță funcțională intravegetativă cu perturbări fazice masive grave, cu atipii paroxistice, fragmentare, paradoxale ale funcțiilor motrice şi secretorii, consecință a parabiotizării structurilor cerebrale care nu permite constituirea unor dominante constelative armonioase, ci dizarmonice şi care să permită elaborarea unor mecanisme adaptative de apărare globală în fața invaziei procesului disociativ generalizat.

Un alt aspect al patologiei digestive în schizofrenie se referă la fenomenele de stază duodenală, ceea ce face favorabilă absorbția

produselor polipeptidice de fermentație proteică în circulația generală, creând astfel un sindrom subtoxic cu rezonanță negativă asupra proceselor funcționale neuro-endocrine-umorale. Toate acestea contribuie la accentuarea perturbărilor disociative funcționale intravegetative menționate mai sus și la instalarea unor stereotipii paradoxale a mecanismelor compensatorii de reactivitate adaptativă.

5. *Funcția hepatică.* S-au semnalat în schizofrenie anomalii hepatice, la început pasagere, dar care ulterior pot determina steatoză hepatică și evoluția spre atrofie hepatică fără acleroză. În mod obișnuit, în schizofrenie aceste modificări sunt rare, cel mai frecvent întâlnindu-se procesele disfuncționale hepatice cu scăderea funcției antitoxice mai bine exprimată în schizofrenia catatonică și mai puțin evidentă în schizofrenia simplă și catatonică.

Claude, Baruk și Olivier 81932) au studiat în schizofrenia catatonică lichidul cefalo-rahidian și indicele de clivaj sau de dezaminare, adică a proporției de acizi aminați și polipeptide. În acest sens, autorii au semnalat o concomitență între semnele de insuficiență hepatică neevidentă din punct de vedere clinic și creșeterea notabilă a indicelui de clivaj a lichidului cefalorahidian. De asemenea, odată cu ameliorarea semnelor clinice ale bolii s-au ameliorat relativ paralel și indicii de clivaj hepatic și respectiv din l.c.r. menționând că: "Este greu de determinat în ce sens exact se produce acest cerc vicios psiho-cerebro-hepatic: perturbările hepatice sunt secundare perturbărilor cerebrale sau, din contra, perturbările cerebrale și mintale sunt consecința insuficienței hepatice și polipeptidorahia este într-un asemenea caz de origine sanguină...?"

În formele cronice ale schizofreniei, M.N. Krasilnikova constată că reacția Takata-Ara este pozitivă în 87, 6%, iar reacția Weltman în 40,5% din cazuri. S-a constatat, de asemenea, în schizofrenie scăderea sintezei ureei și creșterea consecutivă a amoniemiei ca urmare a perturbării funcției ureogenetice hepatice și respectiv a scăderii capacității ficatului de a neutraliza acești produși intermediari de metabolism. Perturbarea funcției hepatice este totodată atestată de

pozitivitatea în 36% din cazuri a probei cu galactoză. Pe de altă parte, creşterea aminiei şi a acidului piruvic sanguin ca urmare a insuficienţei disfuncţionale hepatice scade cu 50% necesităţile cerebrale de oxigen, ceea ce ar explica în parte hipoxia atât de frecvent întâlnită la bolnavii de schizofrenie (Vazekas, Straever, Terundo, etc.). De remarcat totuşi că modificările hepatice în schizofrenie nu sunt manifeste, examenul clinic obişnuit nu le evidenţează decât extrem de rar, iar pe de altă parte, mica insuficienţă hepatică disfuncţională nu este nici constantă şi nici specifică schizofreniei. De altfel, Bleuler considera că perturbările biochimice constaatate în schizofrenie nu au caracter primar ci secundar indus prin modificările reglărilor neuro-endocrine-umorale centrale.

Tulburările funcţionale hepatice sunt, de asemenea, responsabile pentru perturbările metabolismului proteic exprimate prin hipoalbuminemie, creşterea fracţiilor alfa 1, alfa 2 şi a gamaglobulinelor, a scăderii coeficientului albumine-globuline în proporţie semnificativă îndeosebi în schizofrenia catatonică.

6. *Tulburări renale* se constată rar şi se pare că atunci când apar sunt dependente de deficitul hepatic. Se poate constata urină concentrată, urme de albumină, cilindri hialini, celule epiteliale renale.

7. *Tulburări endocrine.* Studiul metabolismului bazal a arătat valori discret mai scăzute în schizofrenie şi îndeosebi în forma catatonică. Studiind radioiodocaptarea tiroidiană cu $I^{131}$ dimpreună cu P. Brânzei, am constatat incapacitatea de reţinere a iodului radioactiv de către glanda tiroidă. În schizofrenia catatonică se poate constata uneori hipotiroidia care agravează negativismul sau stuporul catatonic. Suprarenalele sunt, de asemenea, implicate în procesul patologic cu dezvoltare fazică paradoxală reflectată în valorile determinărilor hormonale. Clinic se va remarca melanodermie, plăci apigmentare, astenie. În plus, în ce priveşte gonadele, reţinem hipogenitalismul exprimat prin frigiditate, amenoree, sterilitate, etc.

8. *Organele hematopoetice.* În schizofrenie se constată în sângele periferic modificări caracterizate prin inconstanță și polimorfism, fenomene care în general nu se corelează cu starea și forma clinică de boală. Cel mai frecvent se remarcă leucopenie cu devierea formulei sanguine spre stânga, eozinofilie, iar la bolnavii cu evoluție îndelungată limfocitoză.

Mai sensibil reacționează măduva osoasă care atestă modificări de tip toxic. În acest sens au fost constatate: scăderea numărului eritroblaștilor, perturbări în maturizarea seriei celulelor neutrofile care au un index de maturizare de 0,1 - 0,4 în loc de 0,6 - 0,8; de asemenea și relația serie albă față de seria roșie este, în schizofrenie, de 2:1 față de normali, ceea ce relevă o perturbare a leucopoezei de tip toxic. S-a remarcat, totodată, diminuarea hemoglobinizării normoblaștilor, sporirea numărului normoblaștilor bazofili și apariția de forme degenerate printre normoblaștii oxifili.

V.A. Glazov, împreună cu D.L. Burtianki constată semne de granulocitoză de partea celor mai tinere forme: hemocitoblaști, mieloblaști, promieloblaști și diminuarea maturizării granulocitelor neutrofile cu scăderea neutrofilelor nesegmentate spre deosebire de sângele periferic în care acestea din urmă au tendința la creștere. Aceleași fenomene se constată în ce privește limficitele: în măduva osoasă se constată limfocitoză și, paradoxal, în sângele periferic ușoară limfopenie la majoritatea bolnavilor de schizofrenie cercetați. În ce privește eritropoeza, autorul evidențează reticulocitoza cu tendință la creșterea normoblaștilor și eritrocitelor oxifilice, scăderea marcată a numărului normoblaștilor și eritroblaștilor policromatofili. La marea majoritate a bolnavilor a fost pusă în evidență o intensă reacție plasmacitară a măduvei osoase, iar raportul relației reticulocite din măduvă osoasă/reticulocite din sângele periferic depășea cu mult valorile normale. La bolnavii de schizofrenie numărul eozinofilelor din măduva osoasă depășește pe cel din sângele periferic, fenomen invers față de ceea ce se constată la subiecții sănătoși. Aceste constatări nu se corelează cu vechimea bolii, formă clinică, caracterul evoluției și depind mai curând de scăderea reactivității generale a organismului bolnavilor

de schizofrenie, de perturbările umoral-metabolice ca şi de perturbarea mecanismelor centrale, îndeosebi subtalamice, de dereglare a hematopoezei.

N.I. Beleavschi a studiat pe un număr de 80 bolnavi de schizofrenie şi a constatat că în cazurile cu evoluţie îndelungată a bolii leucocitoza alimentară scăzută şi la fel reacţionează prin scăderea leucocitozei la bolnavii stuporoşi alimentaţi cu sonda, în timp ce la bolnavii ce refuzau alimentele pentru motive de ordin delirant leucocitoza alimentară se păstrează. Aceste fenomene paradoxale au caracter reversibil. În cursul terapiei prin come insulinice se constată la 1-2 ore leucocitoză, iar în caz de evoluţie nefavorabilă după şocul insulinic leucocitoza este aproape nesemnificativă.

9. *Simptome neurologice.* Simptomatologia neurologică în schizofrenie este extrem de controversată şi ceea ce se poate afirma este, în primul rând caracterul ei extrem de labil, poliform, discret şi minimal exprimat atunci când este prezent prin manifestări infraclinice, microsimptomatice, în general difuze, predominant funcţional şi deci reversibil când e vorba de schizofrenie nucleară, organică, dar manifest şi ireversibil în sindroamele schizofreniforme. Subliniem, de asemenea, că au fost cu mult mai detaliat studiate tulburările ce ţin de perturbarea sistemului nervos vegetativ şi mai puţin cele ce ţin de sistemul nervos al vieţii de relaţie. De asemenea, s-au studiat mai mult modificările neurologice la debutul bolii şi există mai puţine studii asupra dinamici simptomatologiei neurologice la bolnavii cu evoluţie îndelungată. Studiul simptomatologiei neurologice infraclinice sau manifeste se impune cu necesitate nu numai la debutul bolii dar şi în dinamica sa, atât în condiţiile instituţionalizate ca şi în ambulator, o atenţie particulară impunându-se analizei atente a reactivităţii sistemului nervos în raport de forma clinică şi în condiţiile aplicării diferitelor metode terapeutice. Ca şi în alte boli psihice, cunoaşterea stării iniţiale a particularităţilor reactivităţii substratului morfo-funcţional dinamic cerebral are o importanţă particulară pentru clinica schizofreniei. În sfârşit, nu este lipsită de semnificaţie, cercetarea simptomatologiei neurologice în raport

de vârsta la care a debutat boala, cu atât mai mult cu cât se cunoaşte că maturizarea sistemului nervos evoluează până la vârsta medie de 19-20 ani. Totodată, subliniem că în funcţie de vârsta la care survine procesul patologic schizofrenic şi simptomatologia clinică va avea particularităţi ilikipsihopatologice diferite şi cu atât mai mult dacă la aceste particularităţi ce ţin de dezvoltarea stadială ontogenetică se adaugă simptomatologia neurologică. De cele mai multe ori la adult, spre deosebire de copil şi adolescent, nu se poate realiza o anamneză precisă, deoarece adulţii, în general, nu cunosc trecutul lor patologic din copilărie, iar părinţii nu sunt întrebaţi fie pentru că nu mai sunt în viaţă, fie pentru că nu se iau date de la ei, chiar dacă medicul psihiatru are prilejul să-i consulte.

Analiza manifestărilor neurologice relevă următoarele aspecte:

A. *Motricitatea:*

a. *Limbajul vorbit:* pronunţia: voce monotonă, bradifemică, monocordă cu hipomimie, cu neregularităţi de ritm prin baraje, stereotipii verbale sau dimpotrivă, cu ritm accelerat - verbigeraţia, schizofazia ce se poate confunda cu afazia Wernicke, mutismul catatonic, neologisme ce se pot confunda cu jargonofazia sau parafazia. Pot apare de asemenea logoclonii. H. Baruk descrie tulburări de limbaj de tip afazic în catatonie.

b. *Tulburări stato-dinamice:* akinezie cu hipotonie, akinezie cu hipertonie în catatonie şi în care hipertonia este reflexă, prelungită anormală, dar variabilă. Apar, de asemenea, hiperkineziile şi în particular manierismele ce pot lua alură coreo-atetozică. Se constată spasme al muşchilor feţei de tip fibrilar sau fascicular, astazie-abazie mai ales în debutul isteriform al schizofreniei, tremurături şi kinezii paradoxale ale feţei, limbii, extremităţilor, mioclonii în stările catatonice hipertoxice, crize convulsive mai ales atunci când tabloul schizoform se asociază cu epilepsia, nistagmus şi dificultăţi de realizare a privirii laterale cu dificultăţi de realizare a probelor indice nas, uni- sau bilaterale şi cu simptome Romberg slab pozitiv, rigiditatea pe muşchii gâtului, gambei, etc. Parezele sau paraliziile şi respectiv afaziile pot fi

prezente în cursul evoluției bolii prin fenomene encefalitice, toxice, traumatice.

Nistagmusul orizontal uni sau bilateral se constată excepțional de rar. H. Baruk și Aubry relatează prezența nistagmusului la un număr de 11 bolnavi de schizofrenie catatonică cu evoluție îndelungată pus în evidență prin explorarea aparatului vestibular aplicând probele calorică, rotatorie și galvanică. Autorii constată că probele vestibulare sunt întotdeauna alterate; cea mai perturbată este proba galvanică și mai puțin modificată cea calorică. De remarcat că erau absente senzațiile vertiginoase, tulburările de echilibru erau extrem de rare și abia schițate, chiar după excitații vestibulare foarte intense, deviația probei indice nas era în general absentă, fenomene care indică o hiperexcitabilitate vestibulară centrală.

Noi am avut ocazia să punem în evidență un nistagmus spontan bilateral, orizontal, fără altă simptomatologie neurologică de însoțire la o pacientă cu schizofrenie paranoidă la care se punea problema unei eventuale scleroze în plăci sau a unui fond sechelar de encefalopatie infantilă reactivat printr-un consum exagerat de propanolol luat în scop autolitic.

c. *Reflexivitatea osteo-tendinoasă.* Încă din 1899, Kraepelin atrăgea atenția asupra perturbării reflexelor osteo-tendinoase și cutanate. Exagerarea reflexelor osteo-tendinoase se observă la toți bolnavii de schizofrenie, dar intensitatea lor este moderată, variabilă și în raport de evoluția bolii. Se pot observa uneori reflexe pendulare sau clonoide polikinetice în stările acute. În alte cazuri reflexele pot fi diminuate sau abolite. S-au constatat, de asemenea, asimetrii de intensitate a reflexelor osteo-tendinoase. H. Barzk menționează că n-a obținut niciodată clonusul rotulian. Noi am avut ocazia să examinăm o bolnavă de schizofrenie catatonică la care clonusul rotulian și al piciorului erau prezente iar reflexele osteo-tendinoase aveau caracter clonoid polikinetic. V.A. Stevanovski a înregistrat exagerarea reflexelor osteotendinoase în 70% din cazuri, în timp ce L.G. Cilenov și G.P. Popova le semnalează în 40% din cazurile cercetate îndeosebi pentru reflexul Gordon. V. M. Peskova constată mai rar apariția unor reflexe de apucare, nazo-

palpebrasc, nazo-labial, medio-pectoral şi medio-pubian. Foarte rar pot apare fenomenele de automatism medular şi de rigiditate decerebrată.

d. *Reflectivitatea cutanată.* Cel mai frecvent se constată în schizofrenie că reflexele cutanate sunt diminuate sau abolite. H. Baruk a constatat prezenţa extrem de rară a semnului Babinski, unilateral la doi bolnavi, bilateral la un bolnav şi la care cronaxia extensorilor şi flexorilor degetelor era identică cu cea din hemiplegiile piramidale obişnuite. La aceşti bolnavi reflectivitatea osteo-tendinoasă era, de asemenea, exagerată. Dide şi Serieu au descris, de asemenea, în mod excepţional apariţia semnului Babinski în demenţa precoce. Noi am observat prezenţa bilaterală a semnului Babinski la o bolnavă de schizofrenie cu stupor catatonic şi cu manifestări de piodermită. Ceea ce este particular pentru reflexul Babinski în acest caz a fost caracterul său variabil ca intensitate de la o zi la alta şi dispariţia sa după o perioadă de două săptămâni.

La o altă bolnavă cu stare de agitaţie psihomotorie hebefreno-catatonică, după aplicarea unei terapeutici biologice cu sulfozin s-a constatat, de asemenea, prezenţa semnului Babinski bilateral, reflexe osteo-tendinoase clonoide, polikinetice şi clonus rotulian, modificări pasagere de la o zi la alta şi care au cedat odată cu dispariţia pusculul febril. Noi considerăm că în asemenea cazuri fenomenele de parabioză ultraparadoxală prin intensitatea lor se apropie de fenomenele de paranecroză de tip Nasonov. În acest din urmă caz pacienta prezenta inclusiv tulburări de limbaj de tip dizartric care de asemenea au cedat, simptomatologia psihotică având o remisiune excelentă ce s-a menţinut de peste doi ani, la fel ca şi cea de tip neurologic.

Tot în cadrul reflexelor cutanate amintim că P. Abely găseşte, la aplicarea unui excitant rece, abolirea reflexelor abdominale la bolnavii de schizofrenie. De asemenea, se constată o diminuare sau asimetrie a reflexelor abdominale în peste 75% din cazuri după V. A. Ştefanovschi (1964) şi de 40% pentru reflexele cremasteriene care, de asemenea, sunt scăzute sau abolite uni - sau bilateral.

La bolnavii cu evoluție îndelungată se remarcă, de asemenea, apariția reflexului palmomentonier Marinescu-Radovici. Extrem de rar se poate constata extensia și abducția degetelor în evantai.

e. *Reflectivitatea vegetativă.* Indiferent de forma clinică de boală, mulți autori au constatat perturbări vegetative ale componentelor motorii ale inervației oculare: ptoze palpebrale discrete, un oarecare grad de inegalitate a fantelor palpebrale, discrete exoftalmii, midriază sau mioză, discretă anizocarie, reactivitate mai lentă la stimularea luminoasă a pupilei, mișcări nistagmoide ale globilor oculari insuficiență dinamică la privirea laterală. E. Bleuler considera ca particulară pentru schizofrenie absența dilatării pupilare consecutiv excitației psihice, iar O. Bumke, pe de altă parte, remarca absența sau diminuarea reactivității pupilare la aplicarea unor excitații dureroase sau emoționale. P. Abely constată fenomene de balansare pupilară la aplicarea excitantului luminos.

Controlul automatic sfincterian în general nu prezintă modificări. Sunt cazuri rare de enurezis în antecedentele bolnavilor de schizofrenie. În schizofrenia catatonică se poate constata glob vezical și reținerea defecării grație negativismului.

f. *Reflectivitatea neuro-musculară* a fost studiată electromiografic de către H. Baruk și colab., relevând că în negativism sau în contractura catatonică ritmurile electromiografice au aspectul contracturilor involuntare *"... ele constituind răspunsuri psihice sau inconștiente, automatice, oarbe, neadaptate unui scop, diferite de unele reacții psihomotorii analoge, dar polarizate și adaptate..."*, așa cum se observă în isterie. Pe de altă parte, referindu-se la studiile de cronaxie musculară efectuate în schizofrenie, același autor menționa că modificările cronaxice comparabile cu cele din leziunile piramidale și însoțite de semn Babinski au un caracter variabil și tranzitoriu, cronaxia variind după modificările vasomotorii. H. Baruk și Bourguignon apropie modificările cronaxiei musculare de cele evidențiate electromiografic. "Este interesant - scrie H. Baruk - de a apropia aceste date de cele ale curbelor electromiografice care ne-au arătat că, *cu tot caracterul lor psihic, cu toată aparența lor voluntară, tulburările catatonice nu se*

*comportă ca manifestări realmente voite, şi că ele par mai mult legate de perturbările fiziologice ale istemului nervos".* Bourguignon apropie aceste varianţii cronaximetrice de perturbările endocrino-umorale care determină în centrii nervoşi stări de excitabilitate apropiate de leziunile anatomice, dar spre deosebire de leziunile organice, perturbările din catatomie sunt mai superficiale şi deci tranzitorii.

Noi avem în observaţie o pacientă prezentând crize de catatonie periodică şi de fiecare dată prezentând şi o accentuare impresionantă a crizelor de tetanie cu semnele Chwostek, Weiss, Trouseau extrem de accentuate, simptomatologia psihică catatonică şi endocrino-umorală cedând la tratamentul concomitent antipsihotic şi de reechilibrare endocrino-umorală, cu remisiuni de aprocimativ 12-16 luni, în care perioadă îşi realizează satisfăcător obligaţiile socio-profesionale.

B. *Tulburări de sensibilitate.*

a. *Sensibilitatea subiectivă.* E. Kraepelin acorda o atenţie particulară tulburărilor de sensibilitate subiectivă în demenţa precoce, tulburări exprimate sub formă de parastezii, cauzalgii, algii diverse. După Kraepelin, o serie întreagă de psihiatri acordă acestor perturbări o importanţă deosebită în clinica schizofreniei, dacă avem în vedere faptul că sensibilitatea subiectivă are o importantă componentă psihică, ceea ce a determinat pe unii autori să vorbească de o "veritabilă sensibilitate psihică" în care factorii senzitivi şi psihici se află indiscutabil intricaţi. Această sinteză unică dintre factorii psiho-senzitivi contribuie la formarea conştiinţei de sine (Th. Ribot) şi constituie "fundamentul primitiv al personalităţii noastre" (E. Dupre şi P. Camus). Trăirea psihică a perturbărilor de sensibilitate subiectivă oferă acestora în mod secundar reacţii ideo-afective în raport de tendinţele individuale care maschează sindromul primar şi "dau bolnavului aparenţa unui anxios, a unui obsedat, a unui ipocondriac, chiar a unui delirant" (E. Dupre şi P. Camus). Tulburările cenestopatice ca expresie a alterării sensibilităţii comune sau interne se întâlnesc frecvent în schizofrenie, deşi sunt mai puţin cercetate clinic, preferându-se a se studia reacţia psihică secundară şi mulţumindu-se cu aceasta, uitâm de sindromul primar care clocoteşte

mascat şi dirijează din infrastructurile psihice fenomenele superioare de suprafaţă, chiar de tip delirant.

b. *Sensibilitatea obiectivă: superficială* (tactilă, termică, dureroasă - hipoestezii, anestezii, hiperpatii, disociaţie termoalgezică); *profundă* (mioartrokinetică, vibratorie şi dureroasă la presiunea maselor musculare şi a punctelor de emergenţă a nervilor); *senzorială* (vizuală, auditivă, olfactivă; acuitate discriminatorie, localizare), şi *tulburările de schemă corporală* care vor fi studiate într-un capitol separat în cadrul sindroamelor psihopatologice.

## Afectivitatea

Demenţa precoce era caracterizată de psihiatria clasică, în primul rând prin termenul de "demenţă afectivă", noţiune folosită atât de E. Kraepelin cât şi de E. Bleuler, pe baza observării pustiirilor afective exprimate prin lipsă de participare, indiferenţă faţă de mediu şi răceală faţă de propria persoană, a absenţei dorinţelor, speranţelor sau temerilor, ceea ce determină asincronismul ideo-afectiv, epuizarea proceselor de rezonanţă afectivă până la dezafectarea cu manifestări de paratimie şi paramimie, cu efecte de discordanţă operaţională. Dar, aşa cum s-a accentuat ulterior cu temei, "pustiirea afectivă" clasică nu poate desemna şi exprima adecvat totalitatea tulburărilor atât de diverse din domeniul afectivităţii bolnavilor de schizofrenie şi se cuvine să accentuăm că oricât de gravă ar fi psihoza, bolnavul nu se transformă într-un individ subuman de tip animal şi într-o fiinţă fără afectivitate.

Modificarea proceselor afective în sensul unei scăeri, demodulări, a dezinteresului, a ştergerii tonusului sentimentelor şi pasiunilor se observă de la debutul bolii, iar demenţierea afectivă arată deja cronicizarea bolii mintale atât de grave prin potenţialul său invalidat. În schizofrenia cronică acest semn domină tabloul clinic, ajungându-se în stadiul terminal la o totală indiferenţă a bolnavului, de calm şi de inerţie apato-abulică chiar şi pentru ideile sale delirante, iar alteori, dezinteres chiar pentru funcţiile vitale cu cea mai importantă semnificaţie existenţială, încât ajung să nu se mai apere de frig sau de

căldură excesivă, rămân în stare de perfectă indiferență chiar în cazul unui accident foarte grav, reacționând paradoxal față de moartea sau boala cuiva din microgrupul familial apropiat, etc. În cazurile ușoare de boală, indiferența poate fi mascată sau aparent poate lipsi. În alte cazuri, în special la debut, afectivitatea e modificată în sensul unei ample tensionări emoționale difuze, dezacordate cu descărcări în cascadă, fără adresă, a unei hipersensibilități pluripolare, nemotivată, oscilantă cu orientare și dinamică browniană, dezordonată sau se întâlnește o trăire afectivă cu totul superficială, inautentică, afirmată la rece și rapid epuizată, după cum, defectivitatea afectivă poate să se manifeste numai în unele din sectoarele componente ale structurilor afective.

Există forme de debut ale schizofreniei de tip maniacal sau melancolic, arată E. Bleule, în care se întâlnește o tonalitate afectivă ambitimică, fluctuantă, explozivă, agitată, monotematică, deși nu de aceeași intensitate și dramatism ca la o adevărată psihoză maniaco-depresivă ci, dimpotrivă, cu discordanța între sentimentele cărora le lipsește nuanțarea fină, adecvată în exprimarea lor inadecvată, uneori grotescă. În formele cu debut pseudomaniacal sau melancolic există manifestări afective, însă acestea poartă pecetea depersonalizării, derealizării și a fenomenelor de automatism mintal.

Alteori se descrie, mai ales la debut, labilitate afectivă impresionantă, în tabloul clinic succedându-se stări afective foarte diferite, de încordare, neliniște, anxietate, frică, în care bolnavul nu mai are sentimentul libertății interioare. Această fluctuație rapidă a afectivității care oscilează brusc și tranzitoriu, de la stări de bucurie și extaz, la anxietate sau panică cu dezlănțuire vulcanică, catastrofică, în care nu este exclusă absența sentimentelor, dar în care riscul unei tentative sau reușite autolitice nu este cu nimic imposibilă. Această instabilitate afectivă prezentă îndeosebi la debut și care traduce profundele perturbări ale structurilor fundamentale ale eu-lui, poate fi considerată ca o expresie a disociației ideo-afective și a interpretărilor delirant-disnoice care se organizează fără a se ajunge la o structură sistematică totuși.

W. Mayer-Gross arată că în formele de debut lent, facilitatea diagnosticului este prilejuită de constatarea pierderii sentimentelor de simpatie şi a dificultăţilor de a stabili contactul afectiv cu ceilalţi membri ai familiei sau din microgrupurile sociale apropiate până atunci.

Se admite, în mod cvasi-unanim că tulburările afective se situează la baza manifestărilor clinice ale schizofreniei, se manifestă prin hipotonie timică şi se exteriorizează în primul rând prin dezinteres, scăderea energiei structurilor emoţionale, indiferentism, scăderea iniţiativei, a diferenţierii reacţiilor afective superioare. Tulburările afective prodromale, prin disocierea lor în raport cu structurile sistemului psihic, par agravate prin alterarea unităţii personalităţii bolnavului. Fenomenul de ataxie afectivă din schizofrenie se exprimă la debutul bolii printr-o hipersensibilitate, labilitate emoţională sau irascibilitate, stări disforice, euforice, depresive, în care lipseşte modularea corelărilor antinomice care în mod obişnuit e conferită de unitatea dinamică a personalităţii. În cursul evoluţiei bolii această reactivitate afectivă nediferenţiată şi nonconcordant cu corelări normale subiectiv-obiective, va fi înlocuită în formele avansate ale bolii cu arieraţia afectivă. În fazele prodromale, perturbarea afectivă cuprinde îndeosebi structurile superioare şi prin urmare este asociată cu pierderea sentimentelor de simpatie în special pentru fiinţele apropiate, ceea ce are drept urmare distorsionarea sau dificultăţile de realizare a raporturilor afective interindividuale. Ca urmare a pierderii sentimentelor de simpatie, în condiţiile existenţei sau elaborării delirului de persecuţie de ex., prin revivarea unor dominante afective premorbide, poate apare *inversiunea afectivă* constituită şi uneori saturată de sentimente de ură faţă de persoanele iubite sau apropiate până atunci. Instabilitatea afectivă, lipsa iniţiativei şi demodularea trăirilor emoţionale mai ales la debutul bolii traduc indeferentismul, rigiditatea şi hipotonia afectivă.

Odată cu apariţia bolii şi a instalării inerţiei psihodinamice patomorfice, dezinteresul devine mai profund, reacţiile afectiv-emoţionale pierd fluenţa, adecvarea, fineţea diferenţierilor expresive şi de corelare ideativă, ajungând la forme groteşti de indiferenţă, impasibilitate şi abandonare cvasitotală faţă de sine ca şi faţă de cei

apropiați, iar în alte cazuri, se lasă impresia că inițiativa și sensul luptei pentru viață au dispărut, iar obiectele și fenomenele din mediul fizic sau social, inclusiv sentimentele și soarta personală sunt fără valoare și nu-l mai mobilizează în nici un fel.

Bolnavul, în funcție de intensitatea procesului patologic, se simpte înstrăinat, indiferent, rece, izolat și dezinteresat față de membrii familiei, prieteni sau colegi, ca și cum ar fi separat de aceștia printr-o cortină translucidă care nu-i permite să stabilească rețele comunicaționale autentice, fiind distanți, asintoni, această ostilitate afectivă conferindu-le caracterul straniu și bizar, variabilitatea comportamentală a bolnavilor de schizofrenie datorându-se atât demodulărilor discordante ideo-afective cât și modalităților diferite de reacție a celor din anturajul lor, precum și nivelului și profunzimii afectării structurilor personalității de către procesul morbid.

Alteori, se întâlnește o veritabilă inerție în ce privește dinamica afectivă, bolnavul fiind centrat pe un pol de senzitivitate paradoxală în care se înmănunchează unitar dar profund contradictoriu negativismul și disnoidismul paralogic și în care s-au disoluționat punctele de rezistență ce conferă unitate sistemului psihic uman.

O. Bumke, consideră importantă pentru diagnosticarea cazurilor incipiente, observarea unei conversații aparent vioaie, în care ideativ se glisează cu o facilitate ilogică dar profund deslânată de la o temă la alta și în care argumentele, fragmentele ideative nu au fluența și strălucirea pe care le-o conferă ierarhizarea dinamică a sensurilor și semnificațiilor de către gândire și conștiință. Această rigiditate afectivă sau incapacitatea afectivității de a rezona simultan și în consens cu schimbările din conținutul gândirii, l-a determinat pe E. Bleuler să afirme că afectivitatea bolnavilor de schizofrenie schiopătează, invalidată, undeva departe în urma proceselor ideative. Pe de altă parte, afectivitatea bolnavilor este capricioasă, demodulată, uneori bogată și felurită ca expresie, complexă, variabilă nu numai în raport cu forma clinică dar putându-se întâlni salturi chiar de la o zi la alta. Pfersdorff arată că bolnavii își exteriorizează starea lor afectivă doar atunci când vorbesc și ei vorbesc rar, dar de aici nu urmează evident că atunci când

bolnavii nu comunică, nu prezintă semne de exteriorizare a perturbărilor afective.

Afectivitatea alături de senzație, percepție, memorie, etc., reprezintă funcția cu rol de carefour între structurile arhi- și paleopsihice și procesele superioare motivaționale, de voință și de cunoaștere, între structurile biologice și cele psihice, fiind prin arhitectura sa fundamentală o funcție cu un pronunțat aspect biopsihologic și dinamogen în tot ceea ce ea are comun cu determinările genotipice. Procesele afective sunt, deci legate atât de structurile biopsihice *subjacente și nu numai de latura reflexă* (instinctivă) necondiționată, ci inclusiv de reglările neuro-endocrino-humorale concatenare și cu bogata lor rezonanță subiectivă pe de o parte, dar și de suprastructurile noogenetice specific umane pe de altă parte.

Simptom deficitar complex cu valoare diagnostică capitală în schizofrenia, dinamica afectivă detensionată și demobilată în corelație cu *tulburările constelative ale structurilor funcționale ale sistemului psihic* va reflecta și traduce în raport de dinamica bolii, perturbările de ansamblu ale proceselor biologice, psihologice și de inserție socială a personalității bolnavului de schizofrenie.

În raport de forma clinică și de stadialitatea bolii, se va observa, în primul rând, atingerea diferențiată a proceselor afective specific umane, a sentimentelor și pasiunilor, în primul rând, în geneza cărora structurile noogenetice și reactivitatea dețin un loc important în elaborarea, structurarea, disecționarea și semnificarea motivațională în contextul determinărilor biologice, psihologice și sociale ale personalității. Concomitent se remarcă, în același timp, fenomene de disociație funcțională biopsihică cortico-subcorticală, cu reflectare negativă în dinamica structurală morfo-funcțională care, în domeniul afectivității, se traduce nu numai prin ștergerea, dar îndeosebi prin demodularea disociativă asincronă a proceselor afective superioare, ca și prin dezinhibarea formelor elementare afective instinctiv-emoționale, infrastructurale, de natură biopsihică subcorticală primară. La aceste din urmă procese profund contradictorii, deosebit de complexe și polivalente ca exprimare se referă, cel puțin în fazele inițiale, fenomenele

de afect, iritabilitate, angoasă, de neliniște difuză dezacordă intrapsihic și deposedată de semnificație comprehensibilă, care nu pot fi uneori atât de ușor clasate de clinician într-o formă nosologică tranșantă. Aceste fenomene afective primare difuze, fluctuante, nestructurate dominant în jurul unui nucleu de cristalizare conștient motivat și având deci un caracter proteiform cu dinamică umorală dezacordată căreia îi lipsește unitatea, au fost denumite de către H. Head și G. Holmes (1911) cu termenul de *fenomene afective protopatice*.

Se admite că disociația ideo-afectivă reprezintă unul din simptomele fundamentale ale schizofreniei, dar din punct de vedere neurofiziologic după opinia noastră se constată, de asemenea, totodată și o disociere funcțională cortico-subcorticală cu instalarea consecutivă a unei stări hipnoide cronice despre care amintește I.P. Pavlov sau o stare de vis așa cum considerau unii dintre clasicii psihiatriei. În sensul celor de mai sus, perturbările afective țin de perturbarea substratului morfo-funcțional dinamic cerebral atât în ce privește structurile neocorticale de care țin predominant emoțiile superioare, cât și a sectoarelor bazale cerebrale de care ține reactivitatea afectivă primară. Cu cât sunt mai superior elaborate, cu atât mai mult sentimentele țin de structurile psiho-sociale ale personalității și cu cât sunt mai apropiate de instincte, cu atât mai mult în determinismul acestora intervin structurile subcorticale. Acestor din urmă structuri arhi și paleopsihice perturbate de procesul schizofrenic le sunt atașate stările de afect, de frică, de ură, axietate, de pericol iminent, etc., care de cele mai multe ori sunt greu de clasificat, dar care în mod cert au o intensă participare corporală neuro-endocrino-humorală-metabolică, cu balansări vegetative paradoxale și cu reactivitate capricioasă, nedirecționată, difuză, contradictorie, neașteptată, cu scurtcircuitări explozive și hipersensibilizări ultraparadoxale protopatice care dau manifestărilor clinice, în funcție de stadiul, forma clinică și vârsta bolnavilor, cele mai complexe și controversate aspecte ce țin, desigur, și de particularitățile premorbide ale fiecărei persoane în parte și, de asemenea de starea inițială a substratului morfo-funcțional dinamic cerebral.

Un alt aspect al tulburărilor afective din schizofrenie se referă, de asemenea, la acele cazuri în care procesul morbid afectând grav îndeosebi structurile subcorticale şi respectiv structurile biopsihice primare cointeresează în mod evident structurile mai profunde şi primitive subjacente sferei instinctuale. În aceste circumstanţe, perturbările afectivităţii de tip holotimic se conexează cu perturbările nediferenţiate senzoriale, protopatice, aşa numitul simţ organic, care permite nu numai edificarea stării de vigilenţă, ce conferă substrat funcţional stărilor de conştiinţă şi care se constituie calea comună difuză a stimulărilor interoceptive, proprioceptive şi extroceptive ce determină calitativ, prin sinteză aferenţială, dispoziţia pacientului. Cu cât mai semnificativ va fi cointeresată sensibilitatea organică, cu atât mai profunde vor fi tulburările afective şi cu atât gradul de parabiotizare se va apropia de stadiile paradoxale sau ultraparadoxale respectiv cu atât mai evidentă va fi însăşi starea hipnoidă schizofrenică, toate acestea însoţindu-se de tulburările metabolismului, apetitului, somnului, etc.

Într-un consens aproape unanim se apreciază că această activitate afectivă perturbată, cu caracter protopatic căreia îi lipseşte sensul şi semnificaţia biopsihică clară este, după unii autori, de natură îndeosebi diencefalică şi distorsionează predominant structurile profunde ale unităţii eu-lui corporal. Experienţa clinică demonstrează că procesul de disociere ideo-afectivă nu se instalează brusc, ci are o evoluţie mai mult sau mai puţin lentă, de cele mai multe ori ondulată, în care fenomenele de balansare oscilatorie cu caracter fazic, se traduc în tabloul clinic al schizofreniei, indiferent de forma clinică de boală, prin desinhibarea structurilor afectiv-emoţionale primare care au o bogată expresivitate şi o coloratură poliformă şi dinamică, caleidoscopică, protopatică, fundamental arhi- sau paleopsihică, afectivitate primară scăpată de sub controlul nivelelor superioare de integrare, de unde şi caracterul bizar, nemotivat, de intensitate variabilă, acută sau difuză ce se întinde pe un diapazon larg de trăire concret fenomenală, de la sensibilitatea şi iritabilitatea de tip difuz care-l invadează până la încărcătura conceptuală orientată centripet şi structurată paralogic. Obişnuit, aceste tulburări afective au la debutul lor îndeosebi o

modalitate profundă de manifestare, predominant psiho-somatică, exprimată prin tulburări vegetative polimorfe, de tipul unor disvegetoze sau furnituri vegetative, îmbrăcând uneori caracter de paroxism vegetativ cu predominnanță simpatică sau, mai frecvent, parasimpatică care, în majoritatea cazurilor, evident, deşi nu au nimic comun cu epilepsia, se pot confunda cu aceasta sau se pot manifesta sub forma unor conestopatii, ori a unor senzații viscerale anormale configurate în acuze obsesivo-fobice sau hipocondriace, perturbări calitative ale somnului, apetitului, etc., toate fenomenele de mai sus traducând şi exprimând în ultimă instanță, perturbări generale ale metabolismelor şi îndeosebi a metabolismului energetic şi de respirație celulară.

Ceea ce se cuvine a fi subliniat în ceea ce priveşte perturbarea afectivității în schizofrenie, este că sunt afectate nu numai posibilitățile de a interioriza şi identifica pe plan subiectiv trăirile afective proprii, ca fenomene psihologice, grație incapacității de focalizare dinamică a configurațiilor ideo-afective, dar în acelaşi timp, este perturbată subsecvent direcționarea constructelor inițiale subcorticale şi mecanismelor lor fiziologice în contextul indisociabil, dar disociat în schizofrenie al reglărilor psiho-neuro-endocrino-humorale, ca şi în dinamica formării lor prin interiorizare şi a exprimării lor concordante în procesualitatea de obiectivare adaptivă în consens cu normativitatea bio-psiho-socială.

Stadiile avansate ale bolii şi, în particular, după o evoluție îndelungată, ne demonstrează că în "demența schizofrenică", cu pustiirea ei afectivă, nu are loc desfăşurarea doar a unui proces pur funcțional de tip inhibitoriu asupra mecanismelor emoționale, ci o destructurare complexă ce reflectă fenomenele parabiotice de tip abiotrofice cu consecințe encefalodistrofice ce se adresează creierului în întregime şi îndeosebi la nivelul diencefalului, şi a lobului frontal, ceea ce determină perturbările mecanismelor psihologice de păstrare a unității interfuncționale ale sistemului psihic.

Printre primele fenomene clinice de perturbare manifestă a afectivității, se înregistrează alterarea structurilor afective superioare predominant sociale, ca de exemplu: prietenia, simpatia, tactul şi

delicatețea în relațiile interindividuale, capacitatea de control, flexibilitate și spontaneitate a proceselor psihice și, în primul rând, dispar emoțiile, interesele și motivațiile estetice și intelectuale. Pe măsura instalării, desfășurării și înaintării procesului patologic se alterează reactivitatea și dinamica emoțională, interesele, trebuințele și tendințele, aspirațiile, idealurile se îngustează prin detensionarea și limitare în sensul hipotoniei orientării activității psihice, sentimentele morale devin anemice, deși în general păstrate și respectate din obicei și, în fine, se instalează dezinteresul profund față de oameni ca și indiferența care-l înstrăinează și mai mult atât față de propria persoană cât și față de lume în general.

Scăderea, demodularea și disocierea reactivității afective în schizofrenie, face ca ideile delirante să fie lipsite de nuanțarea și căldura afectivă, iar ideile ipohondrice despre existența unor boli grave sau negarea unui organ, de exemplu, să fie exprimate cu cea mai desăvârșită seninătate în care nu mai rezonează neliniștea și îngrijorarea dispar deși conținutul halucinator este deosebit de bogat în injurii și amenințări, cu conținut ce ar putea fi angoasant. În același sens, bolnavul conversează liniștit cu presupușii săi persecutori și chiar dacă se consideră capabil să restructureze arhitectura universului, nu-l deranjează că nu se ocupă de cele mai neânsemnate și nesemnificative activități.

Alteori apare invesiunea afectivă cu sentimente de ură *stagnantă, nemotivată* logic în cadrul unui delir de persecuție, afirmat dar insuficient argumentat, îndreptat împotriva părinților sau a persoanelor apropiate. Aceste reacții afective paradoxale sunt consecvente hipotimiei și se pot concretiza prin realizarea unor acte agresive imprevizibile față de presupușii persecutori, acte comise uneori ca un scurt circuit mintal, cu o răceală desăvârșită și cu motivații deosebit de absurde (raptusul).

Deși schizofrenia se caracterizează prin prezența unor tulburări afective majore, stările afective legate de inerpretările delirante ca și cele din perioada de debut sau din copilărie, ori care au avut o deosebită semnificație pentru bolnav în cursul vieții sale se păstrează la un nivel de tensionare satisfăcător dar dezacordate și distorsionate în raporturile lor

funcționale cu sistemul psihic. Chiar și la bolnavii cu evoluție îndelungată există posibilitatea apariției unor afecte mari de mânie care se pot manifesta concomitent alături de semnele de indiferență afectivă. Aceste constatări l-au determinat pe E. Bleuler să afirme: *"Este în afară de orice îndoială că, capacitatea sufletului de a produce sentimente nu este funciarmente distrusă în schizofrenie".*

La unii bolnavi, examinați cu răbdare, se poate evidenția prezența unor sentimente mascate de sistemul lor delirant. Persistă de obicei stările afective legate de semnificațiile profunde, ca de exemplu sentimentele erotice sau sentimentele materne, mamele continuând să-și îngrijească copiii cu particulară atenție. De asemenea, persistă fenomenele filiale, deși se constată cazuri de inversiune afectivă. Aceste sentimente consolidate mai profund și din perioadele dezvoltării psihice timpurii sunt mai bine păstrate în memoria afectivă a bolnavilor și cu atât mai mult cu cât se leagă structural-funcțional de activitate o biopsihică inițială, de structurile biopsihice instinctuale, primare. Cu mult mai fragile se dovedesc a fi sentimentele moral-sociale superioare elaborate mai târziu și de aici incapacitatea sau dificultățile de a stabili contacte interindividuale adecvate și poate că parțial aceasta explică și tendința de izolare, dar și incapacitatea de a investi energie pentru a crea cu facilitate noi relații.

Ceea ce se constată în cadrul disocierii ideo-afective este pierderea semnificațiilor, a sensului și valorii trăirilor afective. Aceasta explică în bună măsură destrămarea sentimentului convenienței ierarhice, bolnavul neputând - așa cum observă E. Bleuler - diferența superiorii de inferiori. La fel, sentimentele etice sunt pertubate profund deoarece bolnavii nu mai pot opera unitar, între informațiile pe care le dețin și atitudinile pe care le-au învățat în cadrul unor corelări antinomice, ceea ce perturbă și sistemul unitar ierarhic de relații interindividuale. Dar crimele și delictele săvârșite de schizofreni sunt totuși incomparabil mai puțin frecvente decât cele întâlnite la oamenii normali, comportamentul delictual al bolnavilor ținând nu atât de boala ca atare cât mai ales de comportarea și permisivitatea celor normali din anturajul apropiat.

Ceea ce surprinde totuşi la unii bolnavi catatonici sau deliranţi, chiar violenţi şi brutali, sunt sentimentele delicate care pot apare la un moment dat faţă de personalul spitalului sau în raport cu copii. Iritabilitatea este în funcţie de negativismul bolnavului, de tema delirului dar şi în funcţie de calitatea, căldura relaţiilor interumane dintre bolnav şi microgrupul social în care se află.

Majoritatea bolnavilor de schizofrenie cu evoluţie îndelungată şi în particular, cei cu formă simplă, hebefreno-catatonică sunt indiferenţi, au tendinţa de a se izola, nu pot fi influenţaţi şi sunt capricioşi în exprimarea stărilor afective.

Lipsa, inerţia sau neutralitatea raporturilor afective, consecinţă în primul rând a perturbării structurilor morfo-funcţionale cerebrale implicate în procesele afective, duce la pierderea sentimentelor de simpatie şi în consecinţă, la dificultatea de a stabili o relaţie psihică cu obiectele, persoanele sau procesele lumii exterioare şi la elaborarea structurilor emoţional-intelectuale. Manifestările unei tristeţi sau euforii în cazul bolnavilor de schizofrenie nu antrenează prin empatie interlocutorul, dispoziţia acestor bolnavi nu se transmite, nu-şi găseşte ecou şi nu rezonează sinton asupra anturajului. Glumele, replicile spirituale nu au răsunet adecvat şi nu provoacă reacţie emoţională anturajului, nu stimulează conversaţia. La acest eşec de a stabili un raport afectiv contribuie nu numai hipotonia şi desincronizarea afectivă în ansamblul sistemului psihic dar şi discordanţa reacţiilor mimice şi pantomimice ca şi a reacţiilor ideo-motorii, mulţi schizofreni reacţionând fie prin ironie sarcastică, fie dezvoltând şi mai mult inhibiţia sau răspund într-un mod cu totul poaradoxal. E. Bleuler observă că putem stabili relaţii afective apropiate mai bune cu bolnavii de oligofrenie decât cu cei de schizofrenie care, deşi, eventual conversează corect rămân reci, distanţi, bizari, stranii şi ca atare, rămân inaccesibili afectiv.

În general, tulburările afective ale bolnavilor de schizofrenie sunt nu numai polimorfe şi deosebit de labile, dar în acelaşi timp sunt, din punctul de vedere al valorii, sensului şi semnificaţiei comunicaţionale neobişnuite, bizare, discordante, rigide, fără suplete şi în contrast cu

situația de ansamblu al mediului comunicațional și a conținutului acestuia încât acestea devin necomunicabile, prin incapacitatea lor de a fi resimțite și înțelese de cineva din afară. Această alterare afectivă rece, distantă și incomunicabilă ține de discordanța bolnavului și realizează prin scăderea tonusului afectiv nu o simplă apatie sau indiferență, ci o hipotonie în care vom citi inclusiv indolența, dezinteresul, distractivitatea, lipsa de receptivitate care, de cele mai multe ori ține, după opinia noastră, din lipsa de înțelegere corectă a semnificațiilor reale, adecvate situației obiective concrete. De aceea, considerăm că hipotimia presupune și obligă să admitem că afectivitatea sub raport potențial este conservată și dovada cea mai bună a conservării sale este mobilizarea afectivă a pacientului fie prin aplicarea unor stimuli slabi (conversarea șoptită), fie stimulări supraliminare care pot determina crize de agitație și agresivitate. Acest paradoxalism afectiv tratat din punct de vedere clinic fenomenologic cu termen de "incomprehensibil" reprezintă în fond, diversele expresii ale fenomenelor de parabiotizare ale structurilor morfo-funcționale dinamice cerebrale care determină, în funcție de stadiile de parabiotizare, cele mai diferite reacții. În acest sens, ar fi de remarcat faptul că chiar dacă deficitul afectiv nu este atât de manifest, acesta poate fi intuit prin constatarea unor reacții psihestezice disproporționate, bolnavul neputându-și proporționa și pune în acord cu contextul situațional, reacțiile afective ce-l însoțește.

Pe de altă parte, exprimarea stărilor afective lasă, pentru cel care le recepționează, o impresie generală de neautenticitate, artificialitate, lipsă de naturaleță, teatralizare, simulare ce se accentuează prin reacțiile paratimice și prin paramimice (fruntea se încruntă și gura zâmbește), ceea ce contribuie și mai mult la structurarea deficitului contactelor și raporturilor afective.

Instinctele primare în schizofrenie sunt păstrate în bună parte nemodificate, chiar în cazurile de sindrom apato-abulic în care are loc o scădere și atonie manifestă a aparatului psihic. În acest sens, Kraepelin face remarca că acești bolnavi pot fi reactivați de sosirea părinților, rudelor sau cunoștințelor apropiate mai mult pentru proviziile pe care le aduc decât de dragul lor și aceasta pentru că dominantele construite la

un copil inferior se păstrează mai mult şi sunt mai inerte la acţiunile neopatomorfice decât dominantele elaborate la nivelul structurilor cerebrale noogenetice. Alţi bolnavi prezintă însă tulburări importante ale unor întregi constelaţii instinctive, ei refuzând să se alimenteze, să bea, să doarmă, să urineze şi chiar să realizeze eliminarea fecalelor.

Comportamentul bolnavilor faţă de tulburările lor afective este foarte diferit. O bolnavă cu schizofrenie formă afectivă, conştientizând hipotimia sa, îi părea rău că nu se poate bucura de nimic. Jung citează un caz care, datorită "insensibilităţii sale afective" nu se mai putea ruga.

De cele mai multe ori, hipotimia şi dezinteresul face ca lumea exterioară să-i apară bolnavului neinteresantă, rece, distantă, îndepărtată, cenuşie, ostilă, transformată, ireală, lume care nu-l mai bucură, nu-i trezeşte interesul şi de care se detaşează izolându-se. Disociaţia se produce nu numai între ideaţie şi afectivitate ci şi între instincte şi afectivitate, între afectivitate şi fenomenele vegetative, dar şi între acestea din urmă şi reactivitatea endocrină, umorală şi metabolică. În acest sens, Jung şi Veraguth, studiind fenomenele psihogalvanice la bolnavii de schizofrenie, au constatat discordanţa şi lipsa de corespondenţă dintre expresiile somatice ale stărilor afective şi traducerea lor psihologică.

O perturbare afectivă importantă întâlnită la bolnavii de schizofrenie este *paratimia* prin care E. Bleuler înţelege reacţiile afective paradoxale şi discordante prin care se exprimă atitudini care nu intră în consens cu o situaţie dată sau cu normativitatea comportamentală general admisă; este o reacţie ilogică, alta decât cea pe care o aşteaptă anturajul, fără legătură cu situaţia subiectului sau cu ideile ce le exprimă, un răspuns afectiv paradoxal, abia schiţat la debutul bolii, profund în evoluţia îndelungată, este nemotivat, discordant. În acest sens, râsul nemotivat este o reacţie paratimică. Un alt exemplu dat de E. Bleuler se referă la un bolnav al lui Masselon care izbucneşte în râs la vestea morţii tatălui său, pentru că scrisoarea prin care se anunţă această veste tragică avea chenar negru. Alteori, bolnavii devin trişti, anxioşi sau se supără sau devin coleroşi pentru motiv nesemnificative şi care pe normali i-ar lăsa indiferenţi sau, dimpotrivă, i-ar bucura. De

asemenea, se poate constata şi vom fi miraţi de anumite ataşamente ilogice, paradoxale, dezvoltate de bolnavi pentru anumite fiinţe, obiecte sau fenomene. Această modalitate de reactivitate paratimică ţine de concluziile particulare, de multe ori delirante ale bolnavului faţă de fiinţe, lucruri sau fenomene. Alteori, paratimia este în legătură cu ambivalenţa afectivă din care se optează pentru valenţa discordantă, faţă de sensul şi semnificaţia reală. Alteori paratimia poate fi consecinţa perseverării unui sentiment prin inhibiţie stagnantă parabiotizantă sau prevalenţă paralogică. Paratimiile trebuie însă diferenţiate de *paramimii.* în care se constată lipsă de unitate, fragmentarea şi disocierea în expresia mimicei faciale. Sunt cazuri, rare, în care se observă cum bolnavul cu un ochi şi cu o jumătate a feţei râde şi are expresia că plânge cu cealaltă jumătate. Se poate, de asemenea, ca bolnavul, verbal să exprime un sentiment, însă faţa sa putând exprima un alt sentiment; deci şi în acest caz mimica este disociată, fragmentată. Paramimia se leagă strâns de paratimie şi poate apare sub forma discordanţei dintre gesticulaţie şi mimică, dar îndeosebi a disociaţiei expresiei mimice a feţei, a discordanţei dintre expresia afectivităţii, ideaţiei şi vorbirii bolnavului. Noi considerăm, că disociaţia schizofrenică se produce nu numai între afectivitate şi expresia ei, sau numai între afectivitate şi gândire, ci dimpotrivă, fenomenele disociative au o incidenţă cu mult mai importantă şi se pot constata la nivelul tuturor structurilor personalităţii, inclusiv în sistemul reglărilor psiho-neuro-endocrino-umoral-metabolice.

*Ambivalenţa* reprezintă în schizofrenie acea stare paradoxală, acea "Tendinţă a psihicului schizofrenic de a considera, în acelaşi timp, sub cele două aspecte negativ şi pozitiv, diversele acte psihologice" (E. Bleuler), bolnavul fiind incapabil de a opta afectiv, volitiv şi intelectiv pentru unul sau celălalt pol, pe care-l trăieşte simultan şi pentru care se dovedeşte nu numai neutru, dar şi indiferent, neputând efectua selecţia valorică, discontinuă ceea ce explică parţial unele baraje în gândire, apragmatismul în acţiune, atitudinile bizare de tip negativist, unele puerilisme, sau manifestări ambitendente. Această dispoziţie contradictorie intrapsihică simultan bipolară cu admiterea simultană a

contrariilor explicată de psihanaliză prin confruntările opoziționale dintre conștient și inconștient ține, în cazul schizofreniei, după toate probabilitățile, de elaborarea unor dominante paradoxale multiple cu egală forță de excitație și inhibiție, inerte în dinamica lor și care nu permit sistematizarea și consistența unor predominante funcționale care să reducă tensiunea în dominantele erotice și să diminueze astfel starea structurilor complexuale în conflict.

Fenomenele de ambivalență se întâlnesc și la persoanele normale, apar, de asemenea, în cazul sindroamelor obsesivo-fobice, în cadrul manifestărilor compulsive, dar în aceste cazuri personalitatea intervine conștient și logic în selectarea și valorizarea unei tendințe, a unui scop sau a unei idei. Coexistența simultan contradictorii și conflictuală a unor trăiri afective, a unor scopuri și tendințe polare, și a unor idei opuse, chiar ireconciliabile, nu înseamnă încă o stare de anormalitate, atât timp cât această situație determină o atitudine activă din partea subiectului, în condițiile prezenței capacității de a gândi logic și cu discernământ și a selecta conștient pentru un aspect sau altul, în raport cu motivațiile și cu principiile valorice ale normativității sociale. După opinia noastră, nu există act psihic, de la cele mai simple până la cele mai complexe acte, de la cea mai simplă reacție și până la atitudinile cele mai elaborate în care să nu se manifeste acest fenomen de oscilație polară denumit cu termenul de ambivalență.

În schizofrenie ambivalența constituie însă o exagerare patologică a fenomenului psihic normal, bolnavul urând și iubind în același timp, având simultan reacția de plăcere și neplăcere, de atracție și de respingere pentru obiectele, fenomenele sau ființele din mediul care-l înconjoară. De asemenea, bolnavul are un scop sau tendință cu sens pozitiv și altul cu sens simultan negativ, după cum de asemenea, gândește simultan cu ideile cele mai contradictorii, în stare de conflict acut una cu alta. Dar, așa cum observă E. Bleuler, afectivitatea și voința își au o unitate funcțională indisolubilă, la fel cum, de asemenea, contradicțiile intelective nu se pot separa de contradicțiile afective.

E. Bleuler arată că ambivalența se manifestă sub mai multe forme: *ambivalența afectivă* care reflectă contradicția afectivă;

*ambivalența volitivă* (ambitendința) este o contradicție între scopuri și tendințele de perseverare și de abandonare și reprezintă trecerea spre negativism, fiind o oscilație între afirmație și negație; E. Bleuler înțelege prin aceasta că la schizofreni, în fața unei acțiuni există simultan, din punct de vedere volitiv și "da" și "nu"; *ambivalența intelectuală* (contradicția judecății) care se observă mai ales în cadrul delirului care, alături de disociația ideo-afectivă conferă structurii delirante un caracter stufos, deslânat, afirmat dar nesusținut nici afectiv și nici logic.

Ambivalența intelectivă întâlnită în cadrul delirului, se caracterizează prin coexistența simultană a mai multor teme contradictorii, una afirmând ceea ce cealaltă neagă. În delir, bolnavul își schimbă rolul și atributele simultan și indisociabil; uneori din persecutor devine persecutat și invers. Ambivalența normală, și în special ambitendința, care răspunde la fiecare impuls cu un impuls contrar, este mult studiată în mecanismul psihologic al nevrozelor când, așa cum spune Freud, permite să se înțeleagă cum transferul este pus în serviciul rezistenței. Un autor elvețian (Ris), a asemănat ambivalența cu principiul acului magnetic, dar tot ambivalența caracterizează inclusiv tendințele pulsionale.

H.U. Zilko (1966), subliniază că ambivalența înseamnă survenirea simultană nu numai a unor stări afective contradictorii, dar și cu semnificații multiple și că totuși ambivalența se referă, în particular, la trebuințe, tendințe, impulsuri antagoniste, etc. Autorul distinge diferite tipuri de ambivalență:

1. *ambivalența simultană* care constă în apariția în același timp a unor tendințe contradictorii, când una din cele două tendințe se pot estompa, nu printr-o alegere valorică conștientă ci prin epuizare, obișnuită, etc.;

2. *ambivalența interferențială*, constă din apariția unor tendințe și afecte contradictorii împotriva uneia și aceleiași persoane (îl urăște și-l admiră în același timp, etc.);

3. *ambivalența complementară*, în care apare o tendință dominantă conștientă (emoție) cu o altă tendință contradictorie ce o însoțește, dar mai atenuat;

4. *ambivalența succesivă*, în cazul oscilării tendințelor și afectelor contradictorii.

Considerăm că ambivalența nu trebuie confundată cu situațiile conflictuale normale, termenul desemnând o stare psihopatologică manifestă în care componentele contradictorii sunt intense, indisolubile, în opoziție nondialectică ce nu pot fi ușor depășite, grație inerției persistente sub care se mențin, obligând la afirmarea și susținerea în același timp a aspectului pozitiv și negativ, al lui "da" și "nu".

Perturbările afective descrise mai sus sunt strâns legate între ele, astfel încât discordanța ideo-afectivă se exprimă prin ambivalență și se exteriorizează prin parametrii săi cu întregul lor cortegiu de trăiri paratimice constituit din contrastul, diferit ca grad de exprimare, dintre ideile sau sentimentele enunțate și mișcările mimice și pantomimice, bolnavii având facies trist dar zâmbesc sau râd, vorbesc afectat sau disproporționat de pompos despre teme de o banalitate impresionantă, se declară bolnavi de boli foarte grave sau că sunt morți, relatând toate acestea cu un zâmbet bizar, depersonalizat.

*Instinctele,* ca reflexe complexe, necondiționate, cu declanșare specifică și desfășurare în lanț, traduc o serie de reacții biologice cu finalitate adaptativă inconștient elaborată, au particularități specifice, înnăscute, invariabile și trăsături individuale susceptibile de modificări, fiind, la nivel uman subordonate și controlate de instanțele conștiinței prin coacțiune și coexistență socială.

Așa cum se sublinia mai sus, instinctele sunt mai apropiate de afectivitate care le conferă forță tensională și prin ea componentele căutare și efectorii se leagă de procesele psihice superioare, simbolizate la polul lor superior, dar în același timp, prin polul lor inferior instinctele sunt mai apropiate decât afectivitatea prin mecanismele lor ereditare de structurile subjacente endocrino-vegetativ-humorale și moleculare ale organismului cu care sunt intim și indisociabil conectate.

Instinctul are o origine mai veche decât afectivitatea - în ordine filogenetică - însă la nivel uman (și nu numai uman), afectivitatea, prin componentele sale primare, conferă o coloratură specifică și particular individuală reactivității instinctuale, motiv pentru care K. Leonhard

(1961) apropie afectivitatea de instinct şi vorbeşte chiar de "sentimente instinctive". Noi considerăm că de la nivelul reflexului şi instinctului şi până la cel al conştiinţei, afectivitatea cu componentele sale primare şi noogenetice impregnează toate structurile sistemului psihic şi ca atare, dezorganizarea afectivă a personalităţii în schizofrenie va altera inclusiv coloratura afectivă primară a instinctelor.

În toate formele clinice ale schizofreniei vom întâlni perturbată reactivitatea instinctivă, fie sub forma unor pronunţate inhibări, dezinhibării sau pervertirii instictive sub aspectul cel mai divers de manifestare concret individuală. Astfel, nu rareori se întâlneşte perturbarea instinctului de autoconservare diminuat sau abolit şi exprimat prin diminuarea reacţiilor de apărare în faţa unor pericole vitale sau vom constata tendinţe de automutilare sau suicid. Instinctul alimentar, de asemenea, va fi perturbat sub forma coprofagiei sau refuzul total al alimentelor (sitrofobie). În ce priveşte dezinhibările şi denaturările instinctuale în schizofrenie, acestea vor avea, în general, un caracter pasiv imprimat de procesul disociativ, iar perturbarea instinctuală se va corela cu gradul şi nivelul de perturbare a unităţii personalităţii.

Dezinhibările instinctiv-emoţionale, sexuale, frigiditate, masturbare, homosexualitate se observă în toate stadiile şi formele clinice ale bolii, însă cel mai frecvent le întâlnim în perioadele de debut şi îndeosebi în forma paranoidă. Bolnavii de schizofrenie paranoidă sunt deosebit de periculoşi atunci când dezvoltă un delir cu conţinut erotic sexual şi îndeosebi delir de prejudiciu pe această temă. În alte cazuri se observă o exacerbare a instinctului de autoconservare tradus prin creşterea preocupării anxioase difuze dar disociate pentru propria sănătate, idei ipocondriace manifest discordante sau reacţii agresive absurde de autoapărare nejustificată şi neargumentată logic împotriva unor pretinse "influenţe" cu caracter destructiv exercitate asupra persoanei bolnavului, îndeosebi în perioada de debut şi de instalare a bolii.

Pe măsură ce procesul patologic evoluează, observăm instalarea sitiofobiei (refuzul total al alimentelor) sau dimpotrivă, a bulimiei

(sitiomaniei), când bolnavul colecționează și consumă excesiv alimente, pe care eventual și le însușește de la alți bolnavi. În aceste cazuri, de obicei, o pneumoencefalogramă va evidenția importante procese atrofice cortico-subcorticale.

În cazurile defective manifeste, de pustiire afectivă se înregistrează, din contra, o slăbire a proceselor instinctive, dând impresia unei demențieri instinctiv-emoționale, pe care însă n-o putem corela satisfăcător nici cu gradul modificărilor encefalo-distrofice, dar nici cu tabloul clinic al modificărilor endocrino-vegetativ-humorale și metabolice, cât mai ales cu nivelul de dezorganizare a structurilor sistemului psihic și respectiv a unității personalității.

## CATATONIA

Kahlbaum (1863; 1874) descrie catatonia sub denumirea de "Spannungsirresein" (demența tensiunii) din care face un sindrom separat caracterizat prin tulburări mintale și motorii episodice, care nu au un caracter paretic, ci sub formă de crampă, de hipertonie. Ceea ce caracterizează catatonia este tocmai asocierea fazică simultană dintre tulburările psihice și cele motorii, de unde și interpretările ce i s-au dat, de tip dualist, în sensul asocierii sau juxtapunerii celor două tipuri de tulburări sau unicistă în sensul originii predominant psihice sau predominant motorii a tulburărilor constatate și care interesează îndeosebi activitatea motorie voluntară. Kahlbaum a făcut din acest sindrom psihic și psihomotor, cu balansările sale episodice, fazice, o entitate nosologică separată în care includea și decompensările stuporoase, maniacale și melancolice. Încă de la început s-a conturat în etiopatologia catatoniei concepția psihogenetică a bolii care a deschis persperctivele interpretărilor psihopatologice și psihanalitice pe de o parte și concepția organicistă, neurologizantă, care a determinat asemănarea catatoniei cu tulburările motorii din parkinsonism, sindroamele striate, etc.

E. Kraepelin, grupează catatonia în cadrul demenței precoce și o consideră ca o formă particulară a acesteia. Cercetările ulterioare au

demonstrat că sindromul catatonic, apare şi în cadrul diferitelor afecţiuni şi îndeosebi în cursul episoadelor confuzionale a psihozelor toxiinfecţioase; a fost, de asemenea, produsă experimental de H. Baruk şi E. Jong, ceea ce l-a determinat pe P. Guiraud să afirme că acest sindrom "Nu-i o boală, nici chiar un sindrom precis; problema revine, pe scurt, la a studia analitic diferitele anomalii motorii observate în hebefrenie şi în alte câteva maladii şi de a încerca să se facă o deosebire între cele ce sunt expresia unui comportament global, corespunzător unei activităţi psihice inferioare şi cele ce sunt anomalii motorii fragmentare".

Comportamentul catatonic este structurat fundamental pe discordanţa psihică şi psihomotorie, fenomene care vor fi evidenţiate pe primul plan în clinica catatoniei şi hebefreno-catatoniei. În structura formei clinice catatonice a schizofreniei se vor întâlni în mod frecvent: catalepsia, negativismul, stupoarea, mutismul, hiperkineziile, stereotipiile, impulsiile, automatismele, crizele nervoase, manierismele, etc.), fenomene descrise în schizofrenie şi acceptate de diferiţi autori, indiferent de ordinea sau ierarhizarea pe care le-o conferă.

De remarcat că simptomele de mai sus nu se întâlnesc numai în cazul schizofreniei catatonice, o parte din aceste simptome întâlnindu-se, de asemenea, la peste jumătate din totalitatea cazurilor de schizofrenie, aceste perturbări deci, apărând totodată şi în celelalte forme clinice de schizofrenie, iar în stadiile terminale ale bolii, simptomatologia catatonic-negativistă imprimă o pecete particulară fiecărui caz în parte, indiferent de forma clinică. Date fiind cele de mai sus, se pare că în delimitarea simptomelor fundamentale şi accesorii ale bolii, dificultăţile au constatat pentru E. Bleuler ca şi pentru alţi psihiatri în ierarhizarea lor specifică, tentativă care ulterior şi-a demonstrat inconsistenţa de cele mai multe ori şi, de aceea, se pare că a delimita un grup de psihosindroame care să abordeze studiul schizofreniei din punctul de vedere al unităţii personalităţii în ansamblul acesteia, ni se pare demersul metodologic adecvat în raport cu necesităţile izvorâte din diversitatea derutantă a căutărilor contemporane.

Clinicienii pun, totuşi, mare preţ pe semnele motorii şi îndeosebi psihomotorii în cadrul simptomelor schizofreniei, iar unii autori descriu

catatonia sub aspectul său pur motor. Schuele arată că aceste tulburări au localizare la nivelul structurilor bazale cerebrale. În cadrul teoriei organice neurologizante a schizofreniei, Wernicke consideră că aceste simptome traduc tulburări elementare pur motorii. Pe de altă parte, dată fiind prezența parabiotizării cerebrale şi procesele de disociație generală, e puțin probabil ca aceste tulburări să poată fi raportate la existența unui substrat lezional organic de tipul paranecrozei. Există cazuri în care bolnavii au fenomene de tip astazie-abazie, dar pot efectua mişcări de locomoție, coordonate şi complexe, sub influența unui puternic excitant psihic. Tulburarea psihică generală disociativă poate introduce o serie de tulburări apraxiforme, tulburări de mers ca de exemplu, asinergia de coordonare a mişcării mâinilor şi picioarelor, etc. Se observă, în unele cazuri, fibrilații musculare corporale dar îndeosebi la față, considerate de către unii clinicieni ca semne de cronicizare a bolii.

R. Lemke descrie o microsimptomatologie neurologică constituită din tremurături ale degetelor şi anomalii ale rezistenței electrice a pielii. Totodată, s-a semnalat apariția tremurăturilor şi foarte rar a unor paralizii, fenomene pasagere, de obicei funcționale şi, ca atare, greu de inclus în simptomele accesorii ale schizofreniei. Alteori, paraliziile au un caracter evident psihogen, isteriform. Pot apare, de asemenea, baraje paradoxale pe plan motor care amintesc de barajele ideative.

P. Abely, utilizând ca excitant frigul, a constatat la bolnavii de schizofrenie abolirea reflexelor cutanate abdominale, a reflexelor cremasteriene şi polimotorii. Uneori se întâlnesc tulburări dinamice ale reflexelor pupilare, ca de exemplu: midriază, mioză sau inegalitate pupilară.

O. Bumke, a studiat amănunțit modificările pupilelor care, la persoanele normale, prin aplicarea unor stimulări tactile, olfactive, gustative reacționează prin modificări dinamice ale diametrului pupilar. La bolnavii de schizofrenie se constată inerția pupilară la administrarea acestor excitante, fiind urmată de dispariția psihoreflexelor şi, în final, a midriazei, chiar la stimuli dureroşi. O. Bumke arată că aceste perturbări de dinamică pupilară constituie un semn precoce de

boală, întâlnindu-se, de asemenea, la aproape toți bolnavii de schizofrenie cu evoluție îndelungată, iar în perioada de stare a bolii, aceste manifestări se observă la 60% din cazuri. Acest semn însă nu poate fi patognomonic pentru schizofrenie, deoarece se întâlnește și în oligofrenii sau demențe, în aceste din urmă cazuri, implicarea organică lezională fiind, fără îndoială cu un rol etiopatogenetic important.

A. Westphal, de asemenea, observă în catatonia stuporoasă rigiditatea pupilară fixată în mioză sau midriază, cu deformarea conturului său. Uneori, se semnalează totodată, prezența semnului Argyll-Robertson. Aceste modificări, în general, au un caracter dinamic, ameliorându-se odată cu ameliorarea reactivității psihomotorii. Pe măsură însă ce reactivitatea generală devine mai bună, dispar inegalitățile reflexelor osteotendinoase, a clonusului rotulian, a parestezilor, hiperestezilor, vertijelor sau a manifestărilor paragnozice.

J.K. Kirchoff, pe baza analizei cinematografice a reacțiilor mimice la 149 bolnavi de schizofrenie, stabilește unele particularități de reactivitate mimico-pantomimică, ce le corelează cu biotipurile constituționale kretschmeriene. Astfel, autorul constată expresia de mască a feței la bolnavii de schizofrenie catatonică dezvoltată pe fondul constituțional predominant leptosom sau displastic, aspectul de mască schimbându-se rar în grimase sau în mișcări rapide și irațională paramimice.

La bolnavii de schizofrenie simplă predomină structura dizarmonică a feței și sărăcia expresiilor mimice, în timp ce la bolnavii de schizofrenie afectivă (schizomelancolie) se constată, alături de trăsăturile constituționale picnice ale feței, mișcări mimice întunecate și vide în ce privește conținutul afectiv. Destul de frecvent se întâlnește la bolnavii de schizofrenie o asimetrie expresivă neobișnuită a feței sau, dimpotrivă, față simetric patologică care evocă imagini arhaic-infantile. Hiperkineziile (grimasele și mișcările paramimice, etc.), survin episodic, însă cu mult mai constant apar stereotipiile, localizate cel mai frecvent îndeosebi în partea superioară a feței.

De remercat că aceste fenomene fazice paradoxale, dimpreună cu catalepsia se instalează în primul rând la nivelul capului (feței) și

gâtului şi apoi cuprind muşchii braţelor şi gambelor. Deviaţiile mimice nu pot fi asimilate hiperkineziilor subcorticale sau simptomelor akinetice şi, de asemenea, nu se poate pune problema identităţii fiziopatologice dintre aceste ultime sindroame de natură neurologică şi tulburările psihomotorii din schizofrenie. Pe de altă parte, expresia mimică a feţei bolnavilor prin alte boli se deosebesc de cele ale schizofreniei, tocmai prin lipsa disociaţiei psihomotrii şi ideo-afective. Pe măsură ce boala evoluează, mimica bolnavilor se disoluţionează şi mai mult şi este bine exprimată prin atitudinile bizare sau groteşti în evoluţia simplă a schizofreniei la bolnavii cu tip constituţional displastic.

Faciesul bolnavilor este, în general, inexpresiv, nu reflectă în privire viaţa interioară şi de aceea lasă impresia de vag sau de vid interior; bolnavul este rece, distant, nu se simt pulsaţiile vieţii psihice şi de aici, impresia unui facies mortuar. Dinamica expresiei feţei este redusă, lentă, inhibată sau absentă, cu aspect de statuie pe trăsăturile căreia nu se mai pot citi expresiile sufleteşti, nu se mai poate sesiza interiorul, ceea ce l-a determinat pe Morel să denumească această mască inexpresivă cu termenul de "*aspect hieratic.*" Alţii au asemănat inexpresivitatea feţei din schizofrenie cu unele statui ale lui Budha. În alte cazuri, se observă *grimasele* cele mai stranii: buzele sunt contractate sau ţuguiate şi proiectate anterior formând "*botul schizofrenic*", după cum, în alte cazuri, bolnavul are privirea cu ochii larg deschişi, sprâncenele ridicate, dând impresia de rătăcire, de stare subconfuzivă; în alte situaţii sprâncenele sunt încruntate, bolnavul priveşte în lături şi-şi urmăreşte interlocutorul pe furiş, evitând să-l privească din faţă. Se descrie , în general, surâsul depersonalizat, fără căldură sufletească şi fără subiect afectiv sau, dimpotrivă, faciesul, în două treimi inferioare poate face impresia unei dureri fizice sau morale, în timp ce privirea este fără viaţă, iar fruntea neschimbată sau contractată în sensul unui efort de atenţie. Când examinăm faciesul unui bolnav de schizofrenie catatonică, vom observa că pleoapele sunt plecate sau strânse puternic, iar privirea se îndreaptă lateral, cu atât mai mult când bolnavul halucinează sau dacă prezintă stare delirantă halucinatorie.

Referindu-se la particularitățile privirii în schizofrenie, L. Michaux menționează că "Schizofrenul privește "aiurea", unde numai el poate pătrunde și să se izoleze. Privirea sa uneori prezintă un "strabism kinetic" făcut din mișcări oculogire care au trei caractere: sunt nervoase, sacadate (ochi de pupăză) și asimetrice; acest ultim caracter realizează, într-o mișcare oculogiră, un strabism ce încetează în repaus. Acest strabism kinetic pare că reprezintă o discordanță în interiorul unei funcții neurologice, "funcția oculară" care, așa cum știm, ține de lobii prefrontali.

Bolnavul ține membrele flectate; de asemenea, degetele pot fi flectate foarte puternic în palmă cu halucele în flexie sau în extensie. Membrele inferioare sunt flectate și dacă este în picioare poate sta sau păși pe vârful degetelor (echinism); alteori stă chircit, sau dacă este culcat în pat adoptă o atitudine foetală. Când bolnavul se află în ortostatism se constată la nivelul membrelor superioare și inferioare o marcată acrocianoză care, în momentul când trece în cliniostatism, tegumentele devin palide, însă de o paliditate cu totul particulară, teroasă, ternă care nu-și are "echivalent în medicină" (H. Baruk) și care nu poate fi comparată nici cu paloarea din anemiile masive sau cu tenta cloroticilor, dar, prin caracterele sale se apropie mai mult de paliditatea marilor epuizați sau surmenați. H. Baruk notează că în cazul psihozelor schizoforme puerperale paliditatea feței, cu buzele decolorate caracteristic și care face loc unei îmbujorări speciale ce poate fi pusă mai ales pe seama unor infecții supraadăugate.

*Dispraxiile* sunt frecvente. Bolnavul se comportă ca un distrat; din dezinteres, el neglijează realizarea în serie adecvată a diverselor elemente ale unui act, deși el concepe poate corect planul acestui act. S-a vorbit de *apragmatism* la schizofreni, dar ceea ce lipsește nu este conceperea planului acțiunilor sale, cu durerea la îndeplinire a acestor acte. Printre fenomenele dispraxice menționăm acele perturbări de reglare psihomotorie care constau în dificultatea pregătirii și inițierii actului pe care autorii germani l-au desemnat cu termenul de "Antrieb". În asemenea cazuri, bolnavii de schizofrenie catatonică se află în dificultate de a realiza actele motorii reflexe chiar cu o deosebită

semnificație vitală, ca de exemplu, înghițirea alimentelor, defecarea, mimarea, etc.

Un alt element patologic privind reglarea activității motorii se referă la desfășurarea acesteia. În acest sens, un act motor inițiat și în plină desfășurare se oprește în mod brusc, se blochează. Această perturbare a fost denumită de E. Kraepelin *baraj motor* (Sperrung), în timp ce oprirea lentă, acompaniată de epuizare progresivă a activității motorii a fost denumită de P. Guiraud cu termenul de *fading motor*. Aceste tulburări în inițierea actului, blocajul și fading-ul motor se întâlnesc cel mai frecvent în schizofrenia catatonică.

*Catalepsia* este o tulburare psihomotorie paradoxală care se caracterizează prin suspendarea inițiativei psihomotrii și constă în păstrarea timp îndelungat a unei poziții imprimate pasiv unui segment de memebru, membrelor sau segmentelor corporale ce se păstrează astfel chiar atunci când poziția pasiv imprimată este inutilă sau chiar neobișnuită (flexibilitatea ciroasă).

Catalepsia se caracterizează prin facies rigid, menținerea aceleiași atitudini pasiv imprimate timp îndelungat, de unde și denumirea de *flexibilitate ciroasă*, fenomene care apar în condițiile unui tonus muscular, moderat crescut dar care nu este și nu realizează o hipertonie musculară propriu-zisă. Predominanța acestei hipertonii musculare moderate pe anumite grupe musculare determină o serie de atitudini și poziții posturale particulare: "perna psihică", atunci când contracția este pe mușchii cefei; încleștarea dinților, prin hipertonia maseterilor, strângerea spasmodică și proiecția anterioară a buzelor (bot de schizofren), închiderea strânsă a ochilor, contracția și închiderea pumnului, poziție foetală, etc. La mobilizările masive bolnavii opun o oarecare rezistență, dar odată imprimată această postură se menține inutil; întoarcerea la poziția inițială survine fie spontan și brusc, fie treptat, eșalonat cu ezitări și reveniri ambivalente sau după un zgomot survenit în mod neașteptat. Bolnavul își poate menține atitudinea impusă, de obicei, mai multe minute. Redoarea, în anumite cazuri, este "lemnoasă", conferind pozițiilor imprimate și corpului, aspectul rigid de statuie. Se pot întâlni, de asemenea, sincinezii.

În afară de *forma rigidă a catalepsiei* descrisă mai sus, se întâlneşte *forma plastică ciroasă* caracterizată prin pierderea iniţiativei motrice, pasivitatea absolută şi păstrarea atitudinilor prin incapacitatea de a se mişca spontan. În formele uşoare bolnavii pot executa mişcări spontane rare şi lente, stângace, dificile. Se observă adesea o tensiune musculară, în special la buze, observată atunci când bolnavului i se cere un răspuns, când, după numeroase eforturi sau prin conversaţie în şoaptă (semnul lui Pavlov), abia scot un murmur. S-ar putea crede că este vorba despre o inhibiţie sau o lentoare, însă atitudinea cataleptică are o semnificaţie psihologică profundă, apărând sub influenţa factorilor psihici interni sau externi şi nu a unor perturbări neurologice, fapt atestat de înregistrările electromiografice care demonstrează că hipertonia din catalpsie se aseamănă cu electromiograma contracţiilor voluntare. Astfel, în cazurile grave, catalepsia apare la bolnavi numai în legătură cu anumite stări psiho-stressante majore, păstrarea tonusului menţinându-se chiar după percutarea tendonului achilian sau tricipital.

Trebuie amintit, de asemenea, şi faptul că halucinaţiile auditive imperative pot induce o perturbare de tonus muscular de tip cataleptic, cu atât mai mult cu cât în starea aceasta este frecventă prezenţa sindromului halucinator.

H. Baruk descrie în cadrul schizofreniei *catalepsia de trezire*, varietate clinică mai discretă în raport cu flexibilitatea ciroasă descrisă de Wernicke. Catalepsia de trezire constă în aceea că după somnul de noapte, la trezire, bolnavul, conştient şi cu tonusul muscular integru, nu poate ordona corpului său să se ridice în picioare ceea ce reprezintă o disociaţie între vigilităţi şi motricitate. Autorul sublinează necesitatea de a se deosebi catalepsia de cataplexia de trezire în care tonusul muscular scade şi bolnavul fiind adus în ortostatism cade. Diagnosticul diferenţial se impune în mod necesar, diferenţiind cu finețe prezenţa tulburărilor psihice ce împiedică actul motor în catalepsie şi evidenţierea tulburărilor motorii prin pierderea tonusului muscular în cataplexie.

"În primul caz - scrie H. Baruk - subiectul, deşi este treaz şi şi-a reluat conştiinţa, nu poate să acţioneze, el este pasiv, el nu poate da ordin corpului său de a ieşi din pat şi de a se ridica în picioare. S-ar

putea chiar compara această stare cu un fel de pareză sau deficiență a voinței. Din contra, în cataplexia de trezire, subiectul, de asemenea treaz, este absolut decis a se ridica şi dă ordin muşchilor şi corpului său de a sta în picioare. Dar muşchii nu se supun şi subiectul are impresia unei paralezii momentane". Tulburarea, în cele două cazuri, ține de nivelul la care acționează inhibiția la nivelul voinței în cazul catalepsiei, la nivelul tonusului şi motilității musculare în cataplexie. Parafrazând pe Lhemitte, am putea spune că în ambele cazuri spiritul continuă să vegheze asupra voinței adormite în catalepsie, dar în care corpul este treaz, pe când în cataplexie voința este trează iar corpul este adormit.

H. Baruk apropie catalepsia de trezire de o stare de tip hipnoid, denumind această stare *somn cataleptic*, în care pacientul se simte abandonat şi supus unei influențe străine. În alte cazuri, bolnavii au impresia că parcă ar dormi şi au inhibată nu numai voința, dar inhibate sunt, de asemenea, evocarea ideilor, cursul gândirii, schiță a unei senzații de automatism, tulburări ale cenesteziei, senzație de vetij, stare de anxietate difuză, amintind *"sentimentul vidului"* al lui P. Janet, cu fenomene de reverie şi senzația imposibilității de a reveni la realitatea pe care o cunoaşte şi n-o recunoaşte, aşa după cum poate să aibă certitudinea simultană a existenței şi nonexistenței obiectelor, fenomenelor lumii externe şi a propriei sale personalități. Treptat, pacientul se cufundă în această stare, îndepărtându-se de lume şi de sine, cu sentimentul pierderii identității proprii; ideile devin vagi, imprecise, fragmentare. nu este capabil de nici o mişcare, dar practic permeabil pentru orice influență hetero-sugestivă şi potențial supus unor construcții schițate de autosugestia fantastică. Dacă aceste stări sunt de scurtă durată şi superficială, nu ocazionează "nici o reacție interpretativă sau explicativă. Dimpotrivă, dacă ele sunt mai durabile, bolnavii caută să le explice" (H. Baruk). În raport de structura personalității premorbide, de unitatea sa şi de fragilitatea sistemului psihic, bolnavul va trăi diferit aceste stări care prin ele însile au un mare potențial psihopatomofic în sensul organizării nu atât a solipsismului autist, dar mai ales interpretativ disnoic. Ni se par remarcabile din acest punct de vedere cele scrise de Baruk: "... dacă somnul cataleptic subiectiv se

însoţeşte mai ales de anxietate şi tulburări cenestizice, el va da bolnavului frica obsedantă de nebunie. Dacă domină impresia de stăpânire a voinţei, bolnavul este orientat către delirul de influenţă. Dacă tulburările gândirii sunt mai marcate, acesta evocă ideea sugestiei. Când, în fine, predomină sentimentul de toropeală, de somn, acesta evocă letargia, hipnotismul, narcoza toxică, etc. ...".

"...Cel mai adesea, aceste senzaţii şi aceste reacţii explicative ale bolnavului sunt legate de un fenomen real, resimţit indiscutabil, de senzaţii de ordin fiziologic foarte special, care poartă în ele un caşet intrinsec şi pe care le vom regăsi identice la bolnavii cei mai diverşi, oricare ar fi educaţia lor, originea lor, rasa lor, ţara lor, formaţia lor, independent la orice sugestie sau aport intrinsec. Dealtfel, aceste tulburări subiecte pot uneori să se dezvolte şi să ajungă, puţin câte puţin, la somnul cataleptic, obiectiv care le conferă întreaga lor valoare" (H. Baruk).

Noi considerăm că aceste stări au ca punct de plecare fenomenul normal de reverie ce conţine în sine un mare potenţial imaginativ de creativitate la omul normal, dar care în condiţiile unor personalităţi labile cu fragilitate particulară a structurilor morfo-funcţionale dinamice cerebrale şi în condiţiile unei sensibilizări prin traume psihogene sau de natură exogenă, câştigate sau constituţionale pot duce spre apariţia unor stări de parabiotizare a structurilor cerebrale cu dezvoltare fazică şi, prin urmare, la structurarea psihopatoplastică a unor configuraţii sindromatice diverse. Aceste circumstanţe ar explica apariţia unor asemenea fenomene în cadrul nevrozelor şi în particular în isterie, după cum se pot constata tulburări de tip cataleptic în psihosindroamele de natură organică. La copiii cu hipofrenie, crizele de catalepsie au un caracter funcţional şi deci pasager şi constau în disocierea care se produce între anticiparea dorinţei şi dificultatea de sinteză dinamică necesară realizării actului. Această disociere este particulară copilului sub opt luni şi se întâlneşte, de asemenea, în labotomiile prefrontale sau în maladiile de natură toxică. Catalepsia se întâlneşte, de asemenea, la bolnavii de paralizie generală progresivă, manie, melancolie.

Ca varietăți clinice de catalepsie, Th. Kamerer, descrie, printre altele, catalepsiile organice ca de exemplu, catalepsia din sindroamele striate şi în particular cele din parkinsonismul postencefalitic caracterizat prin akinezie, hipertonie şi tulburări ale inițiativei motrice. S-au descris, de asemenea, catalepsii în leziunile prefrontale.

O varietate interesantă de catalepsie comunicată de Radovici este cea constituită din crizele oculogire la parkinsonienii postencefalitici cu existența concomitentă a crizelor isteriforme şi de rigiditate deosebită. În aceste cazuri este o combinare complexă de factori psihogeni şi organici lezionali, cu constituirea unui complex sindromatic ce se află la carefour-ul dintre isterie, epilepsie striată, parkinsonism, rigiditate decerebrată.

Un alt tip particular de catalepsie o constituie catalepsia hipnotică care apare uneori chiar la prima hipnoză aplicată unor pacienți cu o manifestă stare de parabiotizare a structurilor cerebrale, ca de exemplu, în alcoolismul cronic. Catalepsia poate fi, de asemenea, indusă în cursul hipnozei, putându-se ajunge la o condiționare de tip cataleptic prin antrenament progresiv.

Catalepsia, aşa cum au subliniat autorii clasici, ca de exemplu Ambroise Pare, Briquet, Pitres şi în particular J. Falret, este un simptom general, care nu este patogomonic pentru schizofrenie, ci apare în condițiile patologice cele mai diverse. Printre altele, catalepsia va fi diferențiată de crizele epileptice, de paratonia Dupre, de plasticitatea musculară din unele stări patologice extrapiramidale, de crizele de catalepsie din intoxicații endogene, exogene, colibacilare, tifice, etc., ca şi de catalepsia normală a sugarului, aceasta din urmă fiind, în realitate, o imobilitate de natură fiziologică. Catalepsia va fi de asemenea diferențiată de crizele narcoleptice.

Totodată catalepsia va fi în mod necesar diferențiată de catalepsia cerebeloasă în care bolnavul păstrează membrele superioare ridicate deasupra planului orizontal, dar în are nu se va constata, ca în catalepsia adevărată, componenta psihomotorie care constă din prezența fenomenelor de automatism psihic cu interceptarea particulară a voinței, sugestibilitate crescută intrapsihică, supunere pasivă şi schiță de

negativism la tentativele de opoziție și rezistență la inițierea actelor motorii pasive, fenomene datorate stării hipmoide sau somnului cataleptic. Toate aceste trăsături și particularități apropie sau fac trecerea de la catalepsie la catatonie, exprimând scăderea nivelului enrgetic psihofiziologic și a tensiunii psihologice în sensul noțional janetian, deficite care impun remanieri ale reactivității psihofiziologice prin punerea în tensiune de lucru a sistemului automatismelor biopsihice ca mod de apărare a organismului în fața invaziei procesului patologic.

Durata crizelor de catalepsie este variabilă de la câteva minute, la câteva ore sau zile, până la "vertabile perioade de catalepsie care pot dura chiar mai mulți ani". H. Baruk menționează cazul unei tinere care a rămas în stare cataleptică o perioadă de cinci ani, având aspectul "frumoasei din pădurea adormită", păstrând riguros poziția imobilă a unei statui, cu revenire psihică nesechelară și cu reluarea integrală a activității. Într-un asemenea caz nu se poate pune problema unei schizofrenii sau isterii, cât mai ales a unui sindrom autonom foarte particular, susține autorul.

E. Bleuler descrie un tip special de buimăceală și obtuzie situată între perplexitatea cataleptică și stupor, pe care o denumește cu termenul de *"Benommenheit"* și care se deosebește de stările stuporoase prin intricarea factorilor psihologici (de tipul perplexității) și organici și care simptomatologic se prezintă după cum urmează:

În cea mai mare parte a formelor de stupoare, bolnavii sunt incapabili de a gândi și de a acționa, sau cel puțin așa resimt ei deficiența lor. Dar există cazuri în care încetinirea tuturor proceselor psihice se combină cu incapacitatea de a se orienta corect în unele împrejurări, oricât ar fi de puțin complexe și neobișnuite, cazuri în care voința rămâne relativ sau absolut intactă. Aceste cazuri nu pot fi asimilate stuporii banale; având în vedere absența depresiei și gradul slab de obnubilare care se relevă, ele nu pot fi situate în inhibiția melancolică. Acestea sunt cazurile care trebuie să fie desemnate cu denumirea de "*Benommenheit*".

În continuare, Bleuler subliniază incapacitatea acestor bolnavi de a lucra și deși se disting de alți bolnavi catatonici printr-o voință

optimală, au răspunsuri lente şi reacţii paradoxale. Astfel, dacă li se cere să deschidă ochii, arată dinţii. La unele ordine răspund prin *impulsiuni contrare*, pe care autorul le consideră o stare situată între confuzie sau o stupoare emoţională şi *ecopraxie* ce se întâlneşte atât de frecvent în caz de Benommenheit. Bleuler consideră că această stare este, probabil, rezultatul unei cointeresări globale a proceselor psihice de natură plurietiologică. În cazul bolnavilor schizofreni cu evoluţie îndelungată, acest tip de reactivitate psihomotorie apare dificil de diferenţiat de stările persistente şi intense de perplexitate.

*Stuporul* apare în urma inhibării extreme a funcţiilor psihomotorii exprimată prin inerţie, dezorientare temporo-spaţială, mimică inexpresivă, privire în gol, areactivitate la stimulii obişnuiţi, reactivitate la stimulările supraliminare, în timp ce la stimulii slabi răspunsurile sunt eronate, inadecvate, având o determinare etiologică toxică, traumatică, infecţioasă sau care poate fi provocat, totodată, de o suspendare ideo-motorie, de un baraj generalizat, de un deficit de interes, de afectivitate, de voinţă prin negativism sau autism, aşa cum menţionează E. Bleuler.

*Ziehen defineşte stuporul ca aprosexie, inhibiţia gândirii şi inhibiţie motorie*. Stuporul este considerat de E. Bleuler ca nefiind total şi ar oscila ca adâncime în funcţie de complexele bolnavului. L. Michaux scrie că termenul de akinezie se referă la suspendările activităţilor motorii de natură neurologică, în timp ce termenul de stupoare se adresează celor de origine psihică, pacientul mut şi imobil este areactiv la solicitările exterioare.

Problema esenţei şi diferenţierii stărilor stuporoase în care personalitatea îşi păstrează unitatea dar îşi alterează calitativ reactivitatea sistemului psihic şi în mod diferenţiat activitatea nervoasă superioară este deosebit de complexă şi nu are până în prezent o rezolvare în sensul unei definiţii unice şi unanim acceptată în psihiatria clinică. Aşa cum subliniază însă P. Abely şi J. Richardeau, se deosebesc mai multe *tipuri şi forme de stupor: catatonic, emotiv, isteric, maniacal, melancolic, epileptic, confuzional*, etc. În toate formele şi stările stuporoase nevrotice, psihotice sau confuzionale au loc

importante modificări ale sferei instinctiv-emoționale, cu siderare emoțională și se petrec, în același timp, perturbări și procese de blocaj intelectiv, de detensionare a nivelului de conștiință, de refuz psihogen al realității, etc.

Stările stuporoase de obicei apar acut, frecvent după stări de stress, consecutiv unor catastrofe sau conflicte violente intrapsihice, după trăirea brutală a unor scene de groază (frică) sau după rememorări intensive și neobișnuite a unor evenimente deosebite, etc. Factorul esențial al acestor stări este apariția lor lentă sau brutală și de variabilitatea diferită ca durată și intensitate în timp, putând merge de la areactivitatea ideo-afectivă în cazul nevrozelor, până la comă în stuporul confunziv. În deosebirea stuporului de alte stări similare există dificultăți evidente în stabilirea intensității, profunzimii și aprecierii evoluției sale, după cum sunt încă unele imprecizii în diferențierea stuporului de stupiditate. În primul caz are loc o dinamică de trecere de la torpoare la stupor. Stupiditatea descrisă de Georget (1820) se caracterizează prin incoerență ideo-verbală în prezența concomitentă a alterării stării de conștiință, termen înlocuit de Delasiauve (1851) cu cel de confuzie mintală și care presupun, totodată, o încetinire a proceselor psihice și afective, dar cu un început de dezagregare a personalității, în timp ce în stupor personalitatea este restrânsă, jenată dar totuși intactă. Pentru apariția stupidității nu este obligatorie survenirea sa acută, brutală. De asemenea, se consideră că stuporul psihogen poate surveni ca o reacție de blocare a funcțiilor psihomotorii ca răspuns la un stress psihic puternic și cu puternică semnificație negativă. Cel mai frecvent, factorii stressanți apar din exterior, însă stress-ul reprezintă o reacție interioarizată acut și prelucrată la nivelul structurilor de tip instinctiv-emoțional și ideo-afectiv prin care sunt angajate toate structurile biologice, psihologice și de natură socială ale personalității. Stuporul catatonic apare ca o akinezie cu hipertonie, consecință a inerției și negativismului, expresie a reducerii disociative a tensiunii generale a funcțiilor psihice și a finalității actelor gândirii.

În sens organic, stuporul presupune suspendarea conștiinței, în sensul psihologic stuporul este sinonim cu mutismul și în acest caz nu

este absolut necesară şi esenţială perturbarea clarităţii activităţii senzoriale şi intelectuale. L.E. Hinsie şi R.J.Campbell deosebesc următoarele *tipuri de stupor*: *afectiv (emoţional), energetic (dementia primară), benign, malign, catatonic, diencefalic (akinetic tip Cairns), exhaustiv (coma prin infecţii şi intoxicaţii), maniacal* şi *stupor vigilans*, termen cu care era desemnată catalepsia. În mod obişnuit catatonia este caracterizată prin asocierea dintre rigiditatea sau flexibilitatea ceroasă a musculaturii ori hiperkinezie în asociaţie cu o mare varietate de *manifestări stereotipice*. Atunci când stuporul şi imobilitatea sunt principalele modificări dar de mică intensitate şi relativ de scurtă durată, se vorbeşte de aşa numita *catatonia mitis* sau *protracta*.

*Stuporul catatonic* se însoţeşte cel mai frecvent de *akinezie*, cu *contractură cataleptică a musculaturii* sau, în mod cu totul *excepţional, de o scădere a tonusului muscular*. În această stare atitudinea catatonică se însoţeşte de mutism, pacientul are privirea rătăcită ce dă impresia unui vid interior, a unei suspendări a activităţii psihice, chiar dacă bolnavul este preocupat, de exemplu, de delirul său de tip halucinator. Imobil ca o statuie şi cu faciesul inexpresiv ca o mască, bolnavul, indiferent, urmăreşte cu o conştiinţă relativ clară cele ce se petrec în jurul lui şi de cele mai multe ori poate povesti cele întâmplate atunci când iese din această stare. Stuporul catatonic este expresia, poate cea mai fidelă şi de tip acut, a negativismului şi fenomenelor de baraj instalate lent sau brusc şi care suspendă exprimarea şi exteriorizarea prin acte a bolnavului, traducând astfel disociaţia profundă a activităţilor psihomotorii şi voinţei, dar de aici nu urmează că în starea de stupor catatonic nu are loc o activitate psihică cu conţinut delirant-halucinator, idei de influenţă cu fenomenele de fading mintal, etc., imobilitatea motorie neânsemnând şi o suspendare obligatorie a ideaţiei, chiar dacă aceasta are conţinut şi caracter autistic, complexual.

O formă minoră a stuporului catatonic este *inhibiţia psihomotorie* caracterizată printr-o diminuare şi sărăcire a vigorii şi ritmului activităţii motorii, manifestare cu caracter general şi persistent care solicită din partea examinatorului solicitări repetate pentru iniţierea actelor motorii.

Aşa cum subliniază P. Guiraud, *"Inhibiţia trebuie deosebită de bradikinezie care nu-i decât o încetinire generală a ritmului..., fără sărăcire motorie, de baraj care este o oprire bruscă şi întâmplătoare (fortuită) şi nu o stare continuă, de "fading-ul" motor care nu intervine deât în terminarea mişcării, dar care este un element frecvent în inhibiţia motorie".*

În bradikinezie, viteza de desfăşurare a actelor psihomotorii este încetinită, bolnavul catatonic însă efectuează lent mişcări fără a avea un substrat lezional. Bradikinezia catatonică poate aminti lentoarea cu care se realizează actele motorii în epilepsie, parkinsonism, în confuziile mintale de tip encefalitic sau în suferinţele lobului frontal, fără a avea însă interceptată conştiinţa.

*Negativismul* este o tulburare de voinţă şi acţiune care constă în rezistenţa sau refuzul automatic opoziţional activ sau pasiv de a nu răspunde adecvat unei solicitări interne sau externe. În cazurile în care rezistenţa la solicitările de a executa un act este voluntară atunci fenomenul ţine simplu de opoziţie, ce nu mai aparţine evident negativismului. Cu alte cuvinte, negativismul apare ca un fenomen paradoxal, de opoziţie automatică şi traduce disocierea ideo-afectivă şi psihomotorie în condiţiile unei reactivităţi perturbate a ansamblului personalităţii care nu mai poate realiza corelările semnificative subiectiv-obiective de transformare a unui construct mintal în acţiune sau nonacţiune, toate aceste manifestări traducând perturbarea elementelor superioare ale conştiinţei dar în mod particular ale conştiinţei de sine. Negativismul se conexează cu fenomenele de stupor catatonic şi are la bază, din punct de vedere neurofiziologic, fenomenele fazice ale parabiotizării substratului morfo-funcţional cerebral prin care disocierea se manifestă nu numai la nivel intrafuncţional ci şi interfuncţional având, prin urmare nu numai componente motorii, dar şi ideo-afective fiind, în fond, o disociere paradoxală a structurii motivaţionale şi ideo-motorii de anticipare şi realizare a acţiunii. De obicei se efectuează o diferenţiere tranşantă între negativism şi opoziţionism, însă această diferenţiere care apare netă în manifestările opoziţionale paradoxale automatice superioare, îşi pierde limitele

tranşante în actele elementare ca şi atunci când starea hipnoidă nu este decât doar superficial instalată şi de nivel cvasi-normal. În acest din urmă caz conştiinţa nu este atât de semnificativ afectată, negativismul are mai ales aspectul de opoziţionism, iar mimica bolnavilor exprimă nu atât indiferenţa cât mai ales ironia şi, ca atare, contrarierismul sau opoziţionismul. Pe de altă parte, aşa cum sublinia P. Guiraud, nu este de asemenea exclus însăşi opoziţionalismul veritabil, exprimat uneori violent de către unii bolnavi de schizofrenie hebefreno-catatonică, chiar dacă acest opoziţionism este secundar. Diferenţierea dintre elementul automatic opoziţional activ sau pasiv care caracterizează negativismul pe de o parte şi opoziţionalismul ca "reacţie secundară" (P. Guiraud), pe de altă parte ţine, în fond, de nivelul, intensitatea şi calitatea conştiinţei de sine, de particularităţile premorbide ale personalităţii, de relaţiile interindividuale concrete cu pacientul şi evident de interesarea substratului morfofuncţional cerebral..

În altă ordine de idei, negativismul are o dezvoltare şi evoluţie fazică astfel încât, intensitatea sa va fi diferit exprimată în catalepsie comparativ cu stuporul catatonic. Diferenţiat calitativ, negativismul apare exprimat mai mult sau mai puţin evident în toate formele clinice de schizofrenie. Devine manifest în schizofrenia catatonică, hebefreno-catatonică şi în mod particular în cazul bolnavilor cu evoluţie îndelungată.

H. Gruhle şi W. Mayer-Gross includ negativismul printre tulburările de voinţă. Bolnavii reacţionează prin inerţie permanentă, efectuând acte inverse decât cele ce se solicită de la ei (negativism activ, opoziţional) sau nu fac nici un gest sau mişcare ce se aşteaptă prin solicitarea de la ei (negativism pozitiv). Când, deci, i se solicită o reacţie pozitivă, răspunde printr-o reacţie negativă (negativism activ) sau nu răspund de loc (negativism pasiv). Negativismul pasiv sau activ există alături de negativismul interior al lui E. Bleuler, când bolnavul nu realizează micţiunea, defecaţia sau alimentarea. Negativismul, odată ce i s-a precizat sensul, are un caracter sistematic, de aceea, putem utiliza reacţiile bolnavului în sensul în care dorim.

Răspunsul paradoxal de tip negativist este unul din factorii care vor determina răspunsuri alăturea cu sensul logic al discuției, uneori dând impresia unui sindrom Ganser. Catatonii nu reacționează în baza atitudinii negativiste la nici o încercare de apropiere față de ei, iar dacă li se vorbește, privesc într-un colț sau se îndepărtează, iar în cazul că rămân, vorbirea în șoaptă îi pot dezinhiba (Semnul lui Pavlov). Tot în cadrul sindromului catatonic se descrie catalepsia și stupoarea negativistă, care constă în opoziționismul și contracția reflexă a mușchilor bolnavului, pentru a opri mișcările pasive impuse de medic. Dar aceste atitudini opoziționale nu pot fi explicate doar sub raportul fiziopatologic amotricității în schizofrenie, dacă avem în vedere pe de o parte autismul, iar pe de altă parte sugestibilitatea acestor bolnavi. Bolnavii negativiști pot refuza mâncarea, dar, în mod paradoxal, mănâncă din farfuria altuia sau se scoală și iau în cursul nopții mâncarea altor bolnavi. Un mod simplu de a evidenția negativismul este să întindem mâna bolnavului, solicitarea aceasta va străpunge barajul pacientului, dar el răspunde ducându-și mâna la spate sau o retrage sub pătură. Negativismul poate fi modelat prin persuasiune și răbdare în cazurile ușoare de boală, având în vedere sugestibilitatea crescută acestor pacienți. Cea mai potrivită atitudine în fața negativismului este însă indiferența și răbdarea, consideră E. Bleuler și este de înțeles, deoarece, cu cât sugestibilitatea este mai mare, cu atât răspunsul de apărare de tip negativist este mai intens. Uneori, negativismul îmbracă forma unei "stări de șicană", mai ales în acele cazuri în care apare o stare delirantă și atunci bolnavul, crezând că dreptatea este de partea sa, neagă totul, neagă inclusiv trăirile sale subiective, consecință a unor contraicții interne ireductibile în cadrul negativismului intern ca și pe cele externe în cadrul negativismului extern, grație existenței acute a atitudinii autiste față de lume. Bolnavii, cu tot negativismul lor, păstrează totuși modalități normale de reactivitate față de mediu și aceasta deoarece psihoza discordantă ca și orice altă psihoză e o împletire de diverse grade într-o coexistență sui generis a structurilor normale psihice în luptă cu cele anormale, un echilibru dinamic calitativ diferit de la un bolnav la altul. Negativismul intern se manifestă inclusiv

în structura halucinațiilor antagoniste care comandă și, simultan interzic actele bolnavului în așa fel încât ambivalând, în final el nu poate face ce ar vrea sau ce i se comandă (Kraepelin).

Expresiile clinice ale negativismului se diferențează uneori cu dificultate de "expresiile organice", dacă se are în vedere prezența unor manifestări intermediare între realizarea de tip negativist a actului motor și apraxie. În aceste cazuri, fragmentarismul anomaliilor motorii elementare este conferit de dissinergia disociativă a psihomotricității exprimată prin aceea că se perturbă corelarea dinamică de acțiune a mușchilor agoniști și antagoniști în realizarea actului, astfel că mușchii care lucrează sunt împiedicați în dinamica lor de punerea în tensiune de lucru simultană a antagoniștilor.

Negativismul activ se manifestă în cele mai diverse feluri: dacă cerem bolnavului să ne privească întoarce capul, dacă îl chemăm pleacă, sau dacă îi cerem să închidă ochii el îi deschide. Sau, exemplul lui E. Bleuler, în care bolnavul execută gesturile pentru a cânta la pian dar își îndreaptă încheietura mâinii astfel, încât să nu atingă clapele. Negativismul pasiv se exprimă, de exemplu, atunci când spunem bolnavului să se ridice sau să se așeze și el continuă să păstreze aceeași poziție. Pe plan intelectual, negativismul se manifestă printr-o atitudine de contradicție, iar uneori mutismul este interpretat ca un negativism particular în raport cu fonația. Negativismul nu apare, în general ca un sentiment fundamental de opoziție voluntară, ci însoțește de obicei o stare ambivalentă afectivă, de disociație ideo-afectivă și de implicare disociativă a motivelor activității. Negativismul poate fi cauza sau consecința unui protest, a furiei și iritabilității normale la copil sau, patologice în oligofrenie și psihozele afective. El mai poate varia în funcție, de asemenea, de circumstanțe, la același bolnav. Bleuler consideră că în cazul bolnavului de schizofrenie există o foarte strânsă legătură între negativism și complexele sale.

*Ambivalența psihomotorie* comportă fie oscilația între cele două contrarii, fie barajul sau negativismul. Barajul motor este o oprire bruscă în execuția mișcărilor sau o imposibilitate tranzitorie de a le porni: un gest început se întrerupe deodată în mijlocul realizării sale sau

dându-i-se un ordin, bolnavul îl îndeplineşte numai după oarecare timp, dar fără încetineală. Bolnavul se plânge că este împiedicat să vorbească, "I se taie vorba".

*Sugestibilitatea* reprezintă inversul negativismului şi constă dintr-o receptivitate particulară a bolnavilor de a executa uneori imediat şi fără opoziţie ordinile care li se dau, chiar dacă acestea au un caracter profund ilogic şi bizar. Aceste stări de sugestibilitate, despre care E. Bleuler scria că sunt diminuate, pot fi provocate prin ordine scrise pe care pacientul citindu-le le execută în tăcere, mai ales dacă se află în stare cataleptică-hipnoidă. Gradul de sugestibilitate este desigur diminuat atunci când în simptomatologia clinică predomină negativismul. De obicei sugestibilitatea se constată mai frecvent la bolnavii de schizofrenie care prezintă concomitent ecopraxie, ecomimie, ecokinezie, toate purtând amprenta paradoxalismului şi a lipsei de concomitenţă ideoafectivă în cursul realizării acestor acte. H. Baruk menţionează, de asemenea, fenomenele fazice de sugestibilitate care uneori dau impresia simulării ce poate preta la confundarea cu isteria în cazul unor bolnavi catatonici care, aduşi în poziţie cataleptică lasă mâinile pe lângă corp, pentru ca în momentul când se apropie din nou examinatorul de bolnav, acesta să revină în poziţia iniţială. În alte cazuri nu se constată relaxarea musculară şi aceasta apare îndeosebi atunci când obnubilarea, căderea nivelului de conştiinţă şi respectiv de integritate a unităţii psihice este mai mult sau mai puţin afectată. Deşi bolnavul se află în această stare, simpla apropiere de el declanşează contracţia muşchilor braţului producându-se un fenomen de *anticipare a mişcărilor pasive*. În aceste cazuri mişcările au caracter automatic psihomotor care, după opinia noastră, poartă în ele amprenta unei sugestibilităţi paradoxale şi nu a unei schiţe de act voluntar. Acest fenomen nu-l putem asimila psihopasticităţii, constată de Dupre, în isterie, dar ca manifestare psihopatologică ţine de un alt tip de stare hipnoidă ultraparadoxală ce se întâlneşte în schizofrenie.

Bolnavii se pot supune mecanic sugestiilor din afară, fără să le poată rezista, imitând mimica, gesturile, atitudinile, expresiile verbale ale interlocutorului. Ecopraxia sau ecokinezia constă în repetarea de

către bolnav a gesturilor interlocutorului sau a celor din jur, ecomimia, imitația mimicei, iar ecolalia - imitarea expresiilor verbale. Bolnavii execută ordinile scurte şi precise împotriva voinței lor, aşa cum ar efectua un act reflex.

E. Kraepelin includea aceste tulburări expresive plastice şi verbale în cadrul "flexibilității ciroase". În alte cazuri, ecopatia este mai complexă, ca de exemplu, atunci când i se vorbeşte unui catatonic de somn, acesta imediat închide ochii. E. Bleuler vorbea de "ascultarea automată", când bolnavul execută ca un automat şi fără nici o deliberare tot ceea ce i se spune sau i se ordonă, fapt care apare în contrast flagrant cu negativismul obişnuit din catatonie. În cadrul ecolaliei, bolnavul repetă întrebările, frazele, cuvintele auzite de la interlocutor sau alte persoane, ceea ce la debutul schizofreniei şi îndeosebi la tineri poate pune problema unui sindrom Gilles de la Tourette.

Pe de altă parte, ecolalia poate fi mintală (Ballet), când bolnavul repetă, de asemenea, automatic în gând tot ce aude, sau ecolalie halucinatorie, în care schizofrenul îşi repetă halucinațiile. Tulburările acestea sunt, de cele mai multe ori conexate negativismului.

Vom deosebi ecopraxiile şi ecomimiile de stereotipii, pe care Stranski le denumea autoecolalii, autoecopraxii atunci când se referea la stereotipiile verbale şi acționale.

E. Bleuler, referindu-se la sindroamele ecopatice, nota umrătoarele: "După câte ştim, ar fi, în parte, vorba despre un mecanism "isteriform", cum se observă în ecopraxia popoarelor primitive şi în majoritatea cazurilor de schizofrenie, şi în parte, e vorba de o incapacitate de a ieşi dintr-o ideie concepută, astfel că, în loc de a da un răspuns, întrebarea e repetată, iar în loc de un gest nou, precedentul este imitat".

*Stereotipiile* sunt prezentate în schizofrenie în toate manifestările activității psihomotorii şi ideo-afective. Ele sunt constituite din atitudini posturale, gesturi, mişcări, acte mimice, acte motorii simple sau complexe, expresii verbale sau grafice coordonate, fixe, repetate, prelungite, inutile şi inadecvate circumstanțelor reale într-o formă imuabilă, invariabilă. După E. Bleuler, stereotipiile sunt de: poziție, loc,

expresie, acţiune, toate repetate cu identitate perfect fotografică, şi în continuare, specifică stereotipiile de vorbire, printre care şi verbigeraţia ca şi stereotipia grafică, desenele stereotipe şi, în fine, stereotipiile ideative şi delirant halucinatorii. Câteva exemple în acest sens sunt edificatoare: bolnavii stau ani de-a rândul culcaţi cu capul flectat anterior (perna psihică) în aceeaşi poziţie de stereotipie de de atitudine (akinetică) bizară şi incomodă, stau în acelaşi loc pironiţi în picioare într-un colţ din salon sau din curtea spitalului, către care urmează acelaşi traiect. Alţii, execută zilnic, invariabil şi imuabil, aceleaşi acte complexe, stereotipii de mişcare (parakinetice) incomprehensibile, inadecvate şi inutile. Astfel, un bolnav îşi freacă neâncetat mâinile, se leagănă neâncetat, se învârteşte în acelaşi cerc, merge la aceeaşi oră în faţa aceleiaşi oglinzi şi totdeauna cu aceleaşi gesturi îşi priveşte timp îndelungat în oglindă faţa (semnul oglinzii) efectuând aceleaşi mişcări inutile, fără semnificaţie aparentă. S-a descris destul de frecvent "botul schizofrenic", o formă de stereotipie a expresiei mimice: bolnavul îşi proiectează permanent buzele anterior. Se consideră ca adevărate stereotipii doar acelea care au un conţinut ideo-afectiv, sunt involuntare, inconştiente, invariabile, secundar automatizate printr-o eventuală inerţie delirantă, de unde decurge şi concluzia că stereotipia nu este un act pur motor. O serie de expresii paradoxale, stereotipe apar în gesturi (îşi freacă permanent genunchii), altele sunt verbale (repetă invariabil aceleaşi cuvinte), altele apar în mimică, sunt paramimiile. Se socoteşte caracteristic râsul discordant, involuntar, inconştient, straniu şi fără motivaţie comprehensibilă.

Dezintegrarea mimică de tip schizofrenic constă în mişcări izolate ale unor porţiuni ale feţei care, devenind anormale, discordante şi stereotipe, fac ca expresia mimică să-şi piardă unitatea sa specifică. H. Ey descriind stereotipiile gestuale ale bolnavului de schizofrenie, arată că acestea sunt încetinite, schiţate sau mecanice, repetându-se în acelaşi ritm şi ordine ca la o marionetă, iar Kraepelin observă în stereotipiile gestuale "pierderea graţiei", a fineţei, diferenţierii şi modulării metodice a mişcărilor datorită aspectului sacadat, anormal al gesturilor.

Stereotipiile sunt dependente de configurarea operațională a factorilor externi sau interni, evoluția lor fiind abia schițată la debut, manifeste în perioada de stare și dispar sub tratament, de unde și denumirea lor de pseudo-stereotipii. De exemplu, ele pot varia sub influența celor auzite sau văzute, iar în ce privește motivația lor, bolnavii adoptă o atitudine foarte variată față de aceste mișcări, unii afirmând că le realizează pur și simplu "pentru a avea o ocupație" iar alții, cum menționa E. Bleuler, "pentru a salva religia", etc. Aceste mișcări, atitudini, gesturi, acte și expresii repetate, iterative, inadecvate, pot duce la apariția unor efecte somatice cu expresii patoplastice evasiconstante, cum ar fi elaborarea unei anumite atitudini sau poziții incomode, apariția prin condiționare patologică a unor tulburări circulatorii sau contracturi de tip Dupuytren prin retracție tendinoasă, etc., prin organizarea abiotrofică paranecrotică a fenomenelor de parabioză. Încercarea de a înțelege stereotipiile verbale poate evidenția că acestea pot traduce dorințele exprimate în verbigerație. De multe ori stereotipiile se reduc pe parcursul evoluției bolii, se condensează, se rezumă și se schematizează, astfel că uneori nu mai pot fi recunoscute ca atare decât dacă s-a urmărit cu atenție și avizare competentă evoluția lor.

Repetate timp îndelungat stereotipiile se pot fixa invariabil prin condiționare patologică, mișcările, actele, gesturile, stările posturale organizându-se invariabil și inutil în raport cu necesitățile adaptive externe și interne sau, dimpotrivă, prin fenomene de eliziune sau telescopice se pot simplifica în mod caricatural, abia evocând schițe fragmentare ale unor acte complexe, care își însușesc pentru exprimare o recuzită sărăcăcioasă ce poate fi evocată printr-un tic, cu inițiere și sfârșit brusc în care nu mai apare spontaneitatea elaborării și finalitatea consumării actului. Aceste urme ale unor acte complexe se sedimentează și prin fixarea invariabilă și se transformă în automatisme care nu mai încorporează conținutul ideo-afectiv eventual chiar delirant al actelor anterioare, dar care cel mai probabil sunt constituite ca simboluri amputate și cu semnificație ermetică înțeleasă mai mult sau mai puțin clar chiar de către bolnav. De aici bizareria, stranietatea, răceala, lipsa de contagiune a stereotipiilor în cazul bolnavilor de schizofrenie și,

desigur, una din particularitățile caracteristice stereotipiilor care vor trebui deosebite, de asemenea, de tieuri.

Un alt aspect al stereotipiilor dinamice parakinetice este de nu fi confundate cu fenomenele de *perseverare simplă* (desenează un cerc și după aceea nu se oprește ci continuă să meargă pe același contur), *iterativă* (desenează alte cercuri) sau *substitutivă* (după desenarea unui cerc, desenează o altă figură). Perseverarea se manifestă în actele simple cu aceeași repetare inutilă, inadecvată și, la fel ca și stereotipiile, perseverarea se întâlnește de asemenea în schizofrenia hebefrenică și catatonică. (L. Michaux).

De asemenea, stereotipiile vor fi diferențiate de *ritualurile obsesionale* complexe îndeosebi debutul psihasteniform ca și în cazurile psihotice în care ritualul obsesional are un caracter grav, malign și este relativ frecvent întâlnit la tineri. Dificultatea constă în aceea că în cazurile psihotice bolnavul evită schimbările, comutările și de aici automatismele care le păstrează și le realizează și, bineânțeles, șansa falsă pe care o are clinicianul de a confunda aceste ritualuri cu stereotipiile. Pentru aceasta se va avea în vedere disocierea, sărăcirea mimică, manierismul, preționzitatea, râsul nemotivat, etc., simptome care apar și însoțesc manifestările bolnavului de schizofrenie.

Un alt fenomen prezent, de asemenea în schizofrenie și cu care se pot confunda stereotipiile este *iterația (palikinezia)* în care bolnavul repetă indefinit un act fără a se opri ca de exemplu, flectarea necontenită ore întregi a gambelor, stând așezat de exemplu la marginea patului, frectarea antebrațului, balansarea sau flectarea corpului.

Stereotipiile nu sunt particulare schizofreniei, ele înregistrându-se în delirurile cronice, demența presenilă Pick, demențele senile obișnuite, la parkinsonieni, pseudobulbari, în encefalita epidemică, în oligofreniile grave, în meningo-encefalita cronică difuză sifilitică ca și în meningitele de altă etiologie, în melancolie, *siderări emoționale*, etc., și de aceea, încadrarea lor în ansamblul tulburărilor sindromatice particulare psihozei disocordante vor transa diagnosticul, permițând încadrarea lor într-un cadru nosologic atent diferențiat pe baza evidențierii coexistenței celorlalte semne clinice frecvent întâlnite în

schizofrenie şi care în mod esenţial constituie cele trei psihosindroame fundamentale: solipsismul, negativismul şi disnoidismul.

*Manierismul* este un simptom particular în cadrul patologiei mintale întâlnit şi în schizofrenie, reprezentând o formă de exprimare comportamentală manifestată prin lipsă de naturaleţe atitudinală, acţională, mimică şi de limbaj (vorbit şi scris) în care apare exagerarea şi deformarea expresivă diversă: pedanterie, afectare, teatralism, amplificări, supraâncărcări, denaturări, preţiozitate, rafinament, solemnitate, bizarerii, ermetisme, reticenţe, mimica şi patomimică excesive, subânţelesuri, candoare, etc., fenomene care amintesc de unele trăsături ale stereotipiilor cu care nu pot fi confundate având în vedere că manierismul are un mod de exprimare mai puţin intensă şi mai puţin monoton faţă de stereotipii pe de o parte şi este în acelaşi timp mai variabil de la un subiect la altul reflectând mai fidel trăsăturile premorbide ale personalităţii care răzbat evident în comportamentul alienat. De asemenea, manierismul se poate confunda cu puerilismul, însă îi lipseşte sărăcirea ideo-afectivă, superficialitatea, lipsa de elaborare. În cursul evoluţiei bolii, pe măsura instalării ştergerilor afective, manierismul se poate însă confunda cu puerilismul şi în particular, acest risc este manifest în cazul schizofreniei precoce sau a schizofreniei grafate pe fondul unor deficite intelective.

Afectarea, absurditatea, pedanteria excesivă, teatralismul, preţiozitatea, căutarea de a realiza o poză sunt particularităţi de exprimare comportamentală care în schizofrenie pot îmbrăca un caracter ciudat, absurd, artificial, bizar care, spre deosebire de manierismele istrionice, psihopatice, ale oligofrenilor, deliranţilor cronici, mitomanilor, imaturilor sau personalităţilor narcisice, manierismul nu are fluenţa, coloratura afectiv-pasională, eventual megalomaniacă, ci, dimpotrivă, traduce solipsismul, negativismul şi disnoidismul şi de aceea, vor fi remarcate fenomenele disociate, răceala, indiferenţa, parazitările comportamentale exprimate prin opriri, repetări, atitudini abnorme ilogice în evidentă discordanţă cu realitatea. Manierismul bolnavilor de schizofrenie va exprima în structurile sale intime particularităţile

fundamentale ale psihozei disociative exprimate în perturbările de dinamică a actelor motorii.

Ziehen a denumit manierismul ca stereotipie de modificare. E. Bleuler a vorbit despre "pozarea" bolnavului într-un personaj important, cu modificări ale mersului, ţinutei, atitudinii, gesturilor, îmbrăcatului, etc., care sunt altfel decât la oamenii sănătoşi. Deseori bolnavul ia atitudini împrumutate, realizează gesturi, atitudini, expresii mimice şi limbaj nenaturale, supraîncărcate, disproporţionate, inadecvate şi amplificate discordant. Exemplul semnificativ în acest sens este al unui bolnav despre care Bleuler relatează că şi-a modificat tot comportamentul său, chiar şi scrisul, imitându-l pe Bismark. Aceste mofturi, pedanterii excesive în executarea chiar a celor mai simple gesturi sunt adecvate situaţiei sau mediului în care apar, au un caracter afectat, de solemnitate puerilă, de teatralism scenic încărcat de preţiozităţi ridicole, aproape caricaturale şi, de obicei, de un rafinament desuet, nu pot fi înţelese de cei din jur, deoarece de multe ori sunt amplificate prin suprasarjare, ermetice, denaturate, încărcate cu o expresivitate mimică şi pantomimică rococo, de tip grotesc uneori.

Manierismele se observă cel mai bine în gestualitatea studiată, artificală, teatrală, ridicolă, inutilă şi lipsită de sens pe care o utilizează şi în limbajul lipsit de simplitate şi naturaleţe, bolnavul, întrebuinţând diminutive senzaţionale, intonaţii teatrale, strigăte voalate, singularităţi solemne, grimase spectaculare afectate, ritmuri bizare, cuvinte străine prin care se caută cu orice preţ a se obţine graţia, fiind, de asemenea, prezentă o anumită particularitate în vanitatea sa, în inflexiunile de pronunţare şi în tonul vorbirii, în alegerea expresiilor care traduc alterarea profundă a personalităţii prin procesele disociative, manierismul exprimând într-un mod caricatural, discordanţa.

Manierismul, prin absurditatea şi aritficialitatea realizării sale poate fi, în unele cazuri, confundat cu simulaţia şi îndeosebi în formele de debut isteriform al schizofreniei sau în cazurile cu debut acut psihogenetic când răspunsurile date de bolnav, alături cu sensul logic al întrebării, poate să facă impresia, aşa cum s-a menţionat, a unui sindrom Ganser. În asemenea cazuri, observarea atentă a bolnavului pe o

perioadă de timp convenabilă are şanse pozitive apreciabile în elucidarea diagnosticului. Aplicarea unei subnarcoze şi respectiv explorarea psihofarmocologică este de asemenea indicată, cunoscut fiind că administrarea amitalului sodic înlătură fenomenele de apărare, face posibilă pseudo-reversibilitatea pentru o perioadă de timp a fenomenelor patologice psihomotorii, permiţând a evidenţia nuclearitatea veritabilă procesuală sau psihogenă a manierismului.

Manierismul nu este o simplă desfăşurare de mişcări paradoxale, ci în unele cazuri se constată disocieri în desfăşurarea melodiei kinetice, a actului motor, perturbare determinată de oscilaţiile anarhice ale tonusului muscular, din acel amestec de normotonie, hipotonie şi hiperonie ce nu respectă stereotipurile dinamice fiziologice predominant frontale şi care configurează un amestec straniu de rigiditate, relaxare şi distorsionare a elementelor actului motor, ceea ce dă impresia de artificialitate straniu şi manierism pueril în necontenită agitaţie, ceea ce l-a determinat pe P. Guiraud să denumească această stare cu termenul de *"sindromul disperat al manierismului"* ce se poate confunda cu sindromul coreo-atetozic sau cu spasmul de torsiune.

*Actele automatice* . Atunci când tulburările nivelului de conştiinţă se adâncesc, motivaţiile profunde, tendinţele interne scăpate de sub controlul conştiinţei clare, îşi însuşesc spontan o funcţionalitate independentă în afara controlului voluntar necesar în realizarea unor acte simple sau complexe. Actele automatice sunt în raport de nivelul de vigilitate şi claritate a cunoştiinţei de diverse grade ce se întind pe un larg portativ ce merge de la simpla stare hipnoid-cataleptică până la scurtcircuitările de conştiinţă şi de confuzie mintală cu fenomene de "automatergie" (Babinski) ce reflectă o componentă psihică scăpată de sub controlul critic al conştiinţei, când bolnavul îşi rupe îmbrăcămintea, efectuează acţiuni clasice de care-şi dă seama şi le rememorează aproximativ corect, dar nu poate să precizeze motivaţiile, trăieşte cu anxietate ideea dominantă care-l propulsează fără a i se putea opune, de multe ori având impresia că se supune unei voinţe exterioare personalităţii sale. În aceste acte de automatism psihomotor, construcţele mintale nu sunt conştientizate, iar sugestibilitatea deschide larg căile

unor intervenţii heterosugestive care vor fi integrate în raport de nivelul şi gradul de perturbare a conştiinţei şi de particularităţile premorbide ale personalităţii şi, bineânţeles, de structurarea halucinator delirantă uşor de instalat în aceste condiţii de destructurare diferenţiată a câmpului conştiinţei şi a unităţii sistemului psihic al personalităţii. Ca urmare, se instaurează o stare de conflictualitate internă între tendinţele primare biopsihice şi structurile eu-lui, între fragmentările patologice neoformative şi cele rămase încă integre, între ceea ce este eu şi non-eu.

Un schizofren catatonic se dedă la tot felul de acte impulsive, ilogice, absurde, aparent nemotivate pentru anturaj, pentru că, după ce s-a sfârşit accesul, el declară că a fost sub influenţa unei forţe exterioare, considerând că modul în care a reacţionat este normal şi că acţiunea executată a fost determinată de "ei", de "acei alţii" care i-au impus săvârşirea unui asemenea comportament, clasic, hetero- sau autoagresiv.

Executarea acestor acte automatice nu ţin, desigur, de un nivel de conştiinţă clară, critică. Bolnavul este angajat în derularea actelor simple sau a complexelor automatice dar nu are conştiinţa, nu simte că decizia lui a dus la executarea actului ci, dimpotrivă, poate nutri convingerea că organele şi muşchii lui au lucrat pe cont propriu. Aceste automatisme se pare că durează atâta timp cât persistă conţinutul psihologic care le-a declanşat şi le întreţine paralogic.

În aceeaşi categorie intră *scrierea şi limbajul automatic pur*, această ultimă grupă putând fi considerată în adevăratul sens al cuvântului ca automatism psihomotor veritabil sau ideo-motor. E. Bleuler consideră că automatismul poate cuprinde inclusiv procesele psihice, caracterizându-se de această dată prin aceea că gândirea îşi pierde caracterul spontan şi subiectiv, se petrece un fenomen de reviviscenţă stranie a amintirilor, încât totul se petrece ca şi cum ar exista o "forţă" în afara subiectului care gândeşte şi acţionează asupra bolnavului.

*Automatismul afectiv* se caracterizează prin stări afectiv-emoţionale ce nu-şi recunosc o cauză bine definită, sau prin expresii comportamentale fără conţinut comprehensibil.

*Râsul exploziv* nemotivat, ticurile şi grimasele care-l însoţesc par a fi fenomene ce se corelează cu stereotipiile parakinetice, dar totodată are trăsături automatice. Aceste fenomene apar în perioadele fazice ale activităţii cerebrale şi generale, alternând neregulat cu fazele de inhibiţie. Râsul schizofrenic, mai ales atunci când este schiţat numai periferic, are o acută notă de depersonalizare şi este unul din simptomele cele mai penibile şi contrastant dramatice ale bolii, el sunând fals nu numai pentru că pare nemotivat şi pentru că aproape niciodată nu i se poate cunoaşte cauza reală, dar totodată este straniu prin particularităţile sale expresive: este un râs exploziv, nemotivat, bizar, incorigibil, strident, artificial, vid de orice căldură sufletească şi survenind în accese absolut nefireşti. Această manifestare automatică, paradoxală, poate să se manifeste precoce întâlnindu-se chiar în faţa prodromală, fiind, în unele cazuri, simptomul semnal care atrage atenţia asupra bolii. Ticurile ce însoţesc de obicei râsul predominând în regiunea feţei, determină o contracţie disociată a acesteia. Grimasele, stereotipiile, modificările stranii ale mimicii (paramimia) sunt localizate la frunte şi la ochi, la obraji şi îndeosebi la gură (bolnavul râde încruntând sprâncenele, încreţind fruntea, holbând ochii, crispând pleoapele sau zâmbeşte enigmatic abia schiţat). Stereotipiile, accesele de râs, ticurile şi grimasele care se asociază deseori, conferă fizionomiei aspectele disociate cele mai neverosimile şi bizare.

Mişcări parazite sau iterative, opriri, poziţie anormală însoţesc şi complică actele automatice. Bolnavul poate imita aşa cum s-a scris mai sus, expresiile de fizionomie (ecomimie) cât şi atitudinile şi gesturile anturajului (ecopraxie). Mimica facială şi generală include o serie de manifestări motorii dispersate având comun afectarea puerilă, deziteresul, tărăcirea, dezorientarea, faciesul inducând impresia unui semn de întrebare indiferent şi rece, dar cu păstrarea conştienţei.

În actele automatice bolnavii nu au conştiinţa caracterului morbid al acestora, ceea ce face să apară sentimentul şi convingerea paralogică de înstrăinare prin care se atribuie ca aceste acte se datoresc unor influenţe exterioare. În cursul automatismelor scapă controlului conştient nu numai actele motorii ci şi alte funcţii psihice. De aici şi

structura delirului xenopatic când bolnavul are convingerea că actele şi ideile pe care le realizează şi le vehiculează îi sunt transmise sau impuse din exterior de o forţă străină, ostilă sau duşmănoasă pe care le îndeplineşte la comandă ca un dispozitiv automat.

Automatismele motorii fac parte din triplul automatism mintal descris de Kandinski-Clerambault.

*Comportamente impulsive.* Un număr important de bolnavi prezintă, cel mai adesea, la debut, descărcări automate de excitaţie prin scurtcircuitare psiho-motorie impulsivă, imperioasă şi irezistibilă, care pot dura câteva secunde, câteva ore şi rar câteva zile, cu săvârşirea unor acte periculoase deosebite. Schizofrenii, în general lucizi, pot prezenta crize impulsive spontane reactive la o situaţie negativă fără semnificaţie deosebită sau chiar fără o cauză exterioară decelabilă şi respectiv comprehensibilă, la care bolnavul dă un răspuns paradoxal de intens, irezistibil, impresionant prin bruschetea sa, instinctual prin modalitatea oarbă de realizare. În alte cazuri răspunsul se caracterizează printr-o spontaneitate precipitată cu un pronunţat caracter absurd, lipsit de motivaţie. Bolnavii de schizofrenie pot realiza impulsiuni omucide, imprevizibile şi de neânţeles pentru oamenii normali, dar la care examenul clinic le explică prin prezenţa halucinaţiilor şi delirului.

Foarte grave atât la debut cât şi în plină boală sunt automatilările, care uneori au un caracter impulsiv, alteori stereotip, sau, în fine, pot fi expresia unor tulburări mai complexe delirant halucinatorii. Se pot întâlni diverse alte manifestări, ca de exemplu, exhibiţionism, furt, omor, fugă, smulgerea părului din cap cu producerea de infecţii cutanate, scoaterea dinţilor,secţionarea organelor genitale sau alte acte de automutilare.

Autoliza sau tentativele autolitice pot fi determinate fie de tensiunea psihică grevată de puternică anxietate haotică şi discordantă existentă la începutul afecţiunii sau survenite reactiv în cursul remisiunilor incomplete, când bolnavul conştientizând gravitatea bolii, ori prin halucinaţii imperative, şi care pot fi explicate doar acte impulsive spontane de natură pulsională intrapsihică. Asistăm în prezent la regresiunea simptomelor catatonice, odată cu introducerea

ergoterapiei şi extinderea metodelor de terapie activă (neuroleptice, insulină), şi se constată concomitent şi o scădere importantă a comportamentelor impulsive.

Deşi nu apar exclusiv la schizofreni, aceste reacţii impulsive au particularităţi comune: actul antisocial al schizofrenului nu are un mobil ideo-afectiv incriminabil sau cel puţin reprezentarea care l-a provocat nu poate fi detectată şi nici previzibilă. Reacţia aminteşte echivalentul epileptic de care diferă prin absenţa inconştienţei şi a amneziei consecutive. Schizofrenul asistă la actul său, îşi aduce aminte de el dar nu-l poate explica şi nici nu-i caută semnificaţia; actul este executat subit în condiţiile de indiferenţă afectivă. Sinuciderile sau tentativele de suicid au semnificaţie psihopatologică diferită.

*Alte simptome psihomotorii.*

Printre alte manifestări sunt hiperkineziile din stările de *agitaţie psihomotorie* catatonică. Acestea au diferite grade de manifestare ca intensitate, de la simpla îmbufnare la veritabila agitaţie, în raport de nivelul de perturbare psihică, având o serie de caracteristici printre care amintim: capriciozitatea, bruschetea, automatismul, stereotipia, inadecvarea, dismimia, motivarea incomprehensibilă, declanşarea imprevizibilă, ilogismul, absurditatea.

Bolnavii catatonici cel mai frecvent prezintă o stare de agitaţie psihomotorie rigidă, limbajul este incoerent, gesturile sunt evasi-comice prin diferitele dificultăţi de a le realiza, dând impresia unui comic ridicol, a unei bufonerii desuete, despre care E. Bleuler spunea că: "Ai impresia că aceşti pacienţi vor s-o facă pe bufonii, deşi fac aceasta în modul cel mai prost şi mai neândemânatec." În alte cazuri şi, în particular, în hebefrenie, agitaţia acestor bolnavi poate aminti de agitaţia maniacală sau de tip isteric. O. Bumke citează cazuri de agitaţie hebefreno-catatonică exprimată prin accese catatonice, bolnavul tăvălindu-se pe jos ore întregi, printre mese şi scaune dacă ete în sala de mese, efectuând mişcări ritmice ale membrelor superioare şi inferioare care, prin aspectul lor şarjat şi patetic, prin aruncarea ritmică a corpului în sus etc., se pot confunda cu isteria. În cursul unor asemenea stări de

agitație bolnavul de schizofrenie poate prezenta raptusuri impulsive de auto- și hetero-agresivitate.

Sunt de asemenea de amintit *crizele epileptice* cu toate variantele lor motorii care pot surveni la unii bolnavi de schizofrenie și excepțional de rare crizele *apoplectice*.

Crizele de aspect isteriform cu punct de plecare psihogenetic se întâlnesc mai ales la debutul schizofreniei.

## Tulburările de limbaj în schizofrenie

În cazurile ușoare de schizofrenie nu se întâlnesc disociațiile ideo-verbale manifeste, perturbările expresiei verbale sau grafice nu au evidente semnele disociației intradiscursive, iar ideile delirante fiind exprimate relativ corect gramatical, nu prezintă, aparent, disociația funcțională intrasimbolică. În formele grave însă, aceste tulburări se traduc prin: baraje, incoerență expresivă, sărăcie conativă și perturbare referențială delirantă.

Disociația ideo-afectivă a bolnavului exprimată cu ajutorul limbajului, va prezenta perturbări sintactice, semantice și pragmatice. Tendința de a vorbi a bolnavului suferă adesea modificări de tip conativ sau de tip referențial prin faptul că o persoană prezentă din anturaj îi este sau nu necesară pentru a vorbi și indiferent afectiv, fără însă a aștepta și vreun răspuns, bolnavul își satisface doar nevoia de a vorbi fără a avea, de cele mai multe ori, un sistem conceptual precis de referință. De aceea, unii bolnavi vorbesc fără a reuși să realizeze o rețea comunicațională veritabilă. Se descriu tiradele patetice pseudoafective în care bolnavul vorbește mult, cu gesturi neconcordante, efectuând un joc caleidoscopic neântrerupt de asonanțe, incoerente, dissintactice

dissemantice, cu o aparentă afectare de tip ludic, pueril, fără ton rugător şi fără a convinge, sau mai rar plângăreţ fără a întrista şi încă şi rar exclamativ dar cel mai adesea oratoric cu retorisme neinteligibile sau de apostrofare halucinatorie vehementă apragmatică şi discognitivă.

În agitaţia catatonică, atunci când este absent mutismul, bolnavii pun numeroase întrebări celor din anturaj, dar fiind pierdută funcţia emotivă şi denotativ-reprezentativă, ei nu mai ascultă răspunsurile. Se poate asista şi la situaţia inversă, când bolnavii intră în starea de mutism oral sau grafic, în special în stările stuporoase, şi atunci limbajul îşi pierde funcţiile sale superioare audio-verbale (semiotice) şi socio-culturale (etosice). Starea de mutism este forma verbală a negativismului şi care, chiar dacă durează luni sau ani de zile, stupoarea nu este niciodată lineară şi deci, absolută, ci are caracter fazic, diferind, în funcţie de dinamica procesualităţii psihopatoplastice, ceea ce se exprimă prin faptul că unii sunt inerţi, alţii fac semne, răspund cu privirea sau prin roşeaţa feţii, ceea ce atestă existenţa unui limbaj diferenţiat expresiv-conativ primar şi redus la bazele sale neurofiziologice şi afective iniţiale de esenţă bio-psihică.

Caracterele motorii ale cuvântului sunt deasemenea interesate, dar forma modalităţilor de expresie verbală poate fi corectă sau poate prezenta anomalii ce cuprind cvasitotalitatea perturbărilor posibile de expresie şi semantică, anomalii ce pot fi mascate uneori, de anumite jocuri de cuvinte
ce par a avea o finalitate dar care, de cele mai multe ori aceasta este greu de descifrat.

1. *Mutismul*, ca suspendare a comunicării verbale, face parte din cadrul tulburărilor de limbaj particulare sindromului catatonic-negativist, în care deci nu există o suferinţă de substrat a centrilor cerebrali ai limbajului sau a organelor de fonaţie. Psihiatrii clasici au deosebit mutismul de afazie, mutitate, (surdo-mutitate, audio-mutitate) de mutacism, reticenţă sau joc ori simulare, etc. Prin urmare, termenul de mutism se raportează la acele cazuri în care suspendarea sau absenţa limbajului apare deliberată sau nu, voluntară sau nu, fie sub influenţa

unei stări ideo-afective aberante sau alienante, în condițiile păstrării integrității morfo-funcționale a centrilor cerebrali și a organelor de fonație, fapt care impune cu necesitate un atent examen neuro-psihic destinat să elimine etiologia organică, să precizeze, eventual, o etiologie psihogenă de refugiu neintețional sau subconștient în boală, cu efect utilitar, implicație negativă medico-legală, etc., spre a-l deosebi de dislogie, dislalie, disfazie sau de alte tipuri de tulburări de limbaj, în condițiile păstrării clare a conștiiței. Prin urmare, atunci când un bolnav, păstrând cunoștința clară, nu răspunde la întrebări, se poate să prezinte mutism, deoarece, deși este mai frecvent în schizofrenie, se poate întâlni deasemeni și în cadrul altor sindroame psihiatrice.

În caz de mutism, dialogul cu bolnavul trebuie condus cu deosebită suplețe, tact și căldură afectivă, medicul trebuind să pună întrebările cele mai revelatoare, interogatoriul urmând să fie redus la minimul, absolut necesar și elementar, constituit din întrebări scurte, repetate la nevoie, la intervale spațializate, diferențiate, în funcție de particularitățile de reactivitate ale bolnavului. Întrebărilor, prin conținutul lor, trebuie să le conferim calitatea de a interesa bolnavul și de a-l face să vibreze în rezonanță cu interlocutorul, chiar și în cazurile de stupor catatonic. În ce privește intensitatea vocii cu care ne adresăm pacientului, aceasta va fi obișnuită la început, repetată cu răbdare deosebită, urmărind mimica bolnavului, expresia ochilor, gestica, iar în cazul că nu se obține un răspuns favorabil, se va purta dialogul șoptit, uneori aproape de urechea pacientului, eventualitate în care se pot obține, în multe cazuri, răspunsuri la întrebările puse (semnul lui I.P.Pavlov). Obținerea unui răspuns la întrebările șoptite atestă existența proceselor fazice paradoxale cerebrale, particulare fenomenelor parabiotice centrale. În acest caz, răspunsul bolnavului va avea o tonalitate scăzută, abia șoptită, șușotit, întrerupt de pauze mai mult sau mai puțin scurte sau mai lungi, dând impresia unei flăcări care pâlpâie în absența unui continuum energetic care să-i asigure aceeași intensitate pe tot parcursul discuției.

Sub raport semiologic, mutismul se clasifică în funcție de intensitate și durată, de interesarea voițională, forma de evoluție a bolii.

condiții de apariție și etiologie. În funcție de intensitatea de exprimare, mutismul poate fi total sau parțial (complet sau incomplet, absolut sau relativ), global sau selectiv; după durată va fi permanent sau tranzitoriu; după implicarea proceselor volitive va fi voluntar sau involuntar; în raport de evoluție, va fi de scurtă durată sau de lungă durată; după condițiile de apariție există un mutism primar și unul secundar.

**După intensitate** - *mutismul total* (complet sau absolut) apare în cazul catatoniei stuporoase, când bolnavul nu schițează nici un gest și are aspectul unei statui împietrite, nemișcate, rigide, reci, nu emite nici în șoaptă, nici un cuvât, nu face nici un gest. Pacientul este blocat psihomotor și dacă pare a începe să vorbească, încearcă să inițieze mișcările buzelor și chiar dacă apare o schiță motorie la nivelul buzelor, pacientul se oprește brusc, fără a emite nici un sunet. Fața bolnavului rămâne contractată, dând impresia interlocutorului de existența unei tensiuni anxioase sau a unui refuz îmbufnat ori a unui obstacol care blochează vorbirea împotriva voinței bolnavului. În alte cazuri, pacientul nu dă nici o atenție interlocutorului, își strânge bizar pleoapele sau trage cu privirea în lături, întoarce capul în partea opusă, nu răspunde la întrebări și nici măcar nu schițează un gest de limbaj expresiv diferit în acest sens. Acest tip de mutism corespunde mutismului stupos catatonic. Deci, e vorba de un mutism concomitent verbal, mimic, gestual, scris sau grafic, etc.

- *Mutismul parțial* - pacientul nu răspunde la întrebări decât în mod cu totul parțial, când tăcerea și respectiv suspendarea exprimării verbale este întreruptă prin onomatopei, cuvinte incoerente, ecolalie, fraze consecutive producțiilor halucinatorii particulare automatismului mintal, impulsii verbale automatice, etc.

- *Mutismul relativ (incomplet)* - bolnavul nu comunică verbal, dar conservă alte mijloace de exprimare a le limbajului: mimic, gestual, grafic, (simbolic).

- *Mutismul este global* când nu răspunde niciunui interlocutor, indiferent de anturajul căruia îi aparține acesteia.

- *Mutismul electiv (selectiv)* se adresează numai anumitor persoane din anturajul familial sau medical, etc.

**După durată.**

- *Mutismul continuu (persistent)* este atunci când bolnavul nu răspunde la întrebări sau

- *Mutismul discontinuu (semimutism, mutism intermitent),* când mutismul apare ca o consecință a survenirii unor baraje, fading-uri, blocaje psihomotrii negativiste de scurtă durată, etc.

**După implicarea proceselor voliționale:**

- *Mutismul voluntar* cu trăsături de mutism continuu, parțial, electiv, disociat incomplet sau relativ apare în toate formele de schizofrenie dar îndeosebi în cea paranoidă și va trebui deosebit de mutacism (refuzul de a vorbi) iar

- *Mutismul involuntar* se întâlnește cu mai mare frecvență în schizofrenia catatonică. Mutismul voluntar nu este atât de deliberat, dacă avem în vedere structura psihotică.

**După tipul (forma) de evoluție:**

- *mutismul de scurtă durată* limitându-se la faza acută în mod obișuit, sau de

- *lungă durată*, în care caz durează, uneori, ani întregi.

**După circumstanțele de apariție în raport de evoluție**, poate fi luat în considerare *mutismul primar* (primitiv) aparținând debutului acut, sau *mutismul secundar* după apisodul acut, sau este secundar fenomenelor halucinatorii și consecutiv acestora.

**După modalitatea de debut**, mutismul poate apare *brusc*, chiar odată cu debutul manifest al bolii și are, de obicei, caracter determinativ de tip halucinator imperativ, sau mutismul are o apariție *lent-progresivă*, pe măsura apariției semnelor de cronicizare a bolii și a evoluției sale nefavorabile spre stadiul de demențiere schezofrenică.

Atitudinea bolnavului în caz de mutism este exprimată prin mimica ce traduce indiferența, negativismul, izolarea, disocierea, ruperea de realitate, autismul. În cazul în care mutismul se asociază cu halucinațiile, sindromul de automatism mintal este consecința unor fenomene delirant-halucinatorii în cursul cărora bolnavului i se "poruncește să nu vorbească", vom decela atitudinea halucinatorie a

bolnavului. Dacă predomină elementul delirant de furt al gândirii, atunci în cadrul delirului xenopatic, stufos, deslânat, nesistematizant, bolnavul va spune foarte scurt, afirmând dar nesusținând delirul: "Dumneavoastră ştiți mai bine ca mine. Nu am nimic să vă spun, mă priveşte, - nu aveți decât să cercetați dosarul - nu vă priveşte" (E. Regis), putând, eventual, să adauge: "Ce, dumneaboastră nu ştiți, n-ați auzit, toată lumea ştie, ştiți şi dumneavoastră", etc., după care se retrage fără să scoată un cuvânt, privind cu suspiciozitate şi neâncredere interlocutorul. În cazul automatismului mintal, bolnavul nu răspunde la întrebări, fiind concentrat asupra conținutului endofazic în raport cu care se încruntă sau zâmbeşte indiferent şi dacă este întrebat răspunde scurt, eventual: "Ei discută, se ceartă, nu-i auzi?!"

În raport de forma etiologică, *mutismul catatonic* se va deosebi, în primul rând, de *mutismul melancolic* în care mimica este contractată dureros, cu prezența eventuală a unui omega melancolic, dominat de anxietate şi durere morală, ce se citeşte pe fața şi în privire; deşi pentru melancolic se constată o diminuare a mimicii, aceasta încă nu va avea caracterul inexpresiv particular sindroamelor catatonice şi nici flexibilitatea ceroasă catatonică. În melancolie, mutismul este întretăiat de gemete, lacrimi sau poate fi însoțit sau să constituie expresia unui sindrom Cotard. În mod frecvent, mutismul melancolic reprezintă un indice de agravare a bolii sau de pregătire a unei tentative autolitice, când delirul autoacuzator şi de umilință este deosebit de intens, după cum instalarea mutismului la un bolnav depresiv poate anunța evoluția delirantă a melancolici.

Mutismul catatonic, de asemenea, va fi deosebit de mutismul *oligofreniilor* în care apar semnele deficitare psihice, expresive, mimice şi somatice ce pot exprima idioția, prezența unui delir poliform dar sărac în conținut şi, în general, cu polarizare concret-obiectuală. În cazul oligofreniilor va fi necesar să ne convingem dacă nu suntem în prezența unei mutități, a unui defect de achiziție sau de pierdere a limbajului vorbit prin leziuni centrale sau ale organelor de recepție şi expresie sau a nedezvoltării corespondente. În acest caz, vom distinge *audio-mutitatea* (mutitate fără surditate) şi surdi-mutitatea (mutitate asociată cu

surditatea). Probleme delicate de diagnostic va pune în aceste cazuri grefarea unei schizofrenii pe un fond deficitar intelectiv cu eventuală surdi-mutitate cunoscând că aceasta poate fi datorată perturbării unor structuri gnoseo-praxice.

Totodată, mutismul catatonic va fi deosebit de *mutismul confuzional* în care caz funcţii psihice superioare conferă faciesului bolnavului, aspectul năucit, dezorientat, dublat de mişcări carfologice şi, eventual de delir musitans constituit din câteva cuvinte abia şoptite, fără legătură între ele, neinteligibile. Mutismul catatonic total va fi, de asemenea, diferenţiat de *mutismul stuporos al siderărilor sau scurtcircuitărilor emoţionale*, când se manifestă mai ales sub forma afoniei psihogene, monosimptomatice.

În acelaşi timă, mutismul schizofreniilor cu evoluţie îndelungată ce realizează, împreună cu pustiirea afectivă, demenţa schizofrenică, se va deosebi de *mutismul demenţelor* în care, în stadiul evolutiv se pot decela manifestări melancolice, delirante, deficit progresiv şi ireversibil al proceselor de cunoaştere şi îndeosebi ale capitalului mnezic cu deteriorarea fondului psihic, iar în stadiul final anideaţia cu prezenţa concomitentă a fenomenelor apraxice, agnozice şi afazice, ultimele ca expresie a disoluţiei memoriei biglogice, funcţională.

Mutismul din schizofrenia paranoidă va fi, în primul rând, deosebit de *mutismul delirurilor cronice*, de obicei de natură halucinatorie în care bolnavul poate comunica prin mimică, gesturi sau în scris.

*Mutismul epileptic*, consecinţă a unui prodrom sau a unei aure, a unei crize afazice sau de petit mal, este o varietate de mutism intermitent şi apare ca expresie a hipersincronismului paroxistic ictafin.

La debutul schizofreniei mutismul se va deosebi de mutismul isteric şi de cel al sindroamelor obsesivo-fobice. *Mutismul isteric* este de tip involuntar, are aspectul afoniei sau mai corect, a afemiei, după opinia lui L. Michaux, deoarece afonia în adevăratul ei sens implică organicitatea. Există, după L. Michaux, forme disociate a cestei perturbări în isterie: nictofonie - incapacitatea de a vorbi când se face ziuă, emerofobie- incapacitate de a vorbi când se face noapte. *Mutismul*

*obsesivo-fobic* este determinat de cuplul ideo-afectiv obsesivo-fobic de a nu pronunța cuvinte injurioase sau alte cuvinte grave care eventual ar leza interlocutorul. În acest caz, mutismul psihastenic are caracter voluntar, intermitent sau durabil, bolnavul exprimându-se prin acte simbolice, grafice sau gestuale. Tot referitor la mutismul voluntar, va fi deosebit de *mutacism* ca act deliberat, de natură mai mult sau mai puțin voluntară, dacă avem în vedere structurile psihotice în cadrul cărora se manifestă (manie, psihoze delirante), oligofrenii grave sau demențe, în care cazuri noi suntem înclinați să-l încadrăm în cadrul mutismului propriu-zis, rezervând termenul de *mutacism* pentru acele cazuri de suspendare a expresiei verbale așa cum este cazul psihopatiilor, a situațiilor critice, în simulări după cum, de asemenea, am fi tentați să introducem afemia unor cazuri de rentenisterie tot în cadrul mutacismului în care participarea voluntară evident că poate fi mai mult implicată decât în cazul mutacismului psihotic, chiar dacă apare ca un joc la un bolnav maniacal sau ca un act de protest delirant la un parafren sau bolnav de paranoia.

E. Bleuler sublinia că la bolnavul schizofren în stare de mutism verbal, mimic, gestual, grafic, etc., acesta însoțește în general stările stuporoase în care comportamentul bolnavilor este destul de diferit: unii rămân inerți și inexpresivi ca o statuie, alții comunică prin gesturi sau prin scris, după cum și o privire directă poate constitui un răspuns, iar în alte cazuri apare o roșeață pe obraz. Cel mai frecvent mutismul este expresia negativismului schizofrenic. În cadrul acestui mutism, scrie E. Bleuler, în nici un caz nu este vorba de "o stupoare absolută, chiar dacă această stare durează ani de zile."

2. *Verbigerația* sau *litaniile declamatorii* (Chaslin) este opusă mutismului și a mai fost desemnată cu termenul de *catafazie*.

Verbigerația este o vorbire cu ritm rapid, strălucitoare, impulsivă, emfatică, fără oprire, irezistibilă, afectată ca tonalitate, timbru și articulare, rostită solemn sau șoptită, guturală sau însoțită de manierisme amintind, așa cum observa Regis, de gestualitate mimică și verbală a unui comic care încearcă să-i determine pe oameni să râdă. În

verbigerație cuvintele și frazele se succed cu mare rapiditate. De cele mai multe ori compoziția frazei este discontinuă, cuvintele nu au continuitate logică, iar uneori sunt deformate sau neoformate. De aceea se spune că verbigerația constă într-o frazeologie goală în ce privește conținutul și emfatică sub aspectul formei expresive. În verbigerație apar alterări fonetice, gramaticale, sintactice și semantice exprimate sub forma agramatismului, asintaxei, stil telegrafic, alterări silabice, neologisme, stereotipii verbale, dicție declamatorie, manierism expresiv verbal. Verbigerația se consideră a fi o manifestare a stereotipiei și ar consta în repetarea morbidă a cuvintelor, frazelor, sentințelor. E. Kraepelin vorbea despre o verbigerație halucinatorie, când pacientul repetă necontenit aceleași cuvinte sau fraze cu foarte discrete modificări. În ce privește catafazia, aceasta se întâlnește în catatonia stuporoasă în mod deosebit, când bolnavul repetă același cuvânt, oricum am varia forma și conținutul întrebării. Catafazia poate fi confundată cu "intoxicația prin cuvânt" din sindroamele lezionale cerebrale.

Sunt cazuri de verbigerație în care structura fonetică, morfologică și sintetică este formal respectată, dar cu toate acestea, discursul rămâne complet sau relativ incomprehensibil pierzându-și astfel funcția și respectiv capacitatea de a comunica sau transmite un mesaj.

E. Bleuler, referindu-se la tulburările acatafazice, considera că acestea se datoresc tulburărilor gramaticale și aparțin paragramatismelor. Verbigerația traduce incoerența sau disociaâia ideilor și funcție de intensitatea acestui proces de disociere are mai multe faze: în primul stadiu, fazele nu au nici o legătură între ele, în al doilea stadiu se perturbă structura internă a frazei, pentru ca în al treilea stadiu în mod practic să dispară structura internă a frazei și nu se mai constată decât o repetiție necontenită de cuvinte deposedate de sens, pentru ca în final însăși cuvintele să se disocieze în silabe, litere și sunete realizând în cele din urmă o adevărată salată de cuvinte. Așa cum vedem, în funcție de gradul sau intensitatea procesului disociativ-dezintegrativ al expresiei verbale, verbigerația se asociază concomitent tulburărilor sintactice și semantice.

Aşa cum se observă, verbigeraţia, sub diversele sale aspecte, va fi deosebit de incoerentă verbală a delirului musitans din stările confuzionale, de verbiajul incoerent, consecinţă a disoluţiei ideo-verbale din sindroamele demenţiale, ca şi de incoerenţa verbală paroxistică după crizele epileptice. În toate aceste cazuri bolnavii prezintă dezorientare temoro-spaţială, discoordonare sau incoerenţă psiho-motorie, în timp ce în schizofrenie conştiinţa are un grad satusfăcător de luciditate, chiar dacă asistăm la o stare de tip hipnoid, aşa cum se întâmplă obişnuit în caz de mutism sau verbigeraţie.

De asemenea, verbigeraţia din psihosindroamele discordante, va fi deosebită de logoree prin *fuga de idei*, consecinţă a hiperprosexiei din sindroamele de excitaţie psihomotorie expansivă de tip maniacal. Logoreea, ca şi verbigeraţia poate fi primară şi este rezultatul stării de excitaţie psiho-motorie, sau secundară determinată prin tulburările hipertimice, halucinatorii sau delirante, în cursul unor psihosindroame predominant endogene, exogene sau endoexogene. Logoreea se însoţeşte de hipertimie, stare de agitaţie psihomotorie expansivă, hipermimie, gesticulaţie bogată, mobilă, expresivă şi chiar atunci când are un caracter de aparentă incoerenţă graţie numeroaselor colaterale pe care se angajează discursul logoman (Guislain), nu se constată disoluţia internă sintactică a frazei, disociaţia fonetică, limbajul păstrându-şi structura sintactico-somantică şi îşi păstrează, totodată, şi funcţia ca şi capacitatea de a comunica şi de a transmite un mesaj informaţional inteligibil.

În verbigeraţie bolnavul vorbeşte în mod automatic, automatismul mintal în acest caz traducându-se în curentul difluent şi astructurat al verbigeraţiei care traduce limbajul interior incoerent, bogat în asociaţii afective eronate, disociate, ce survin în mod incoercibil, impulsiv, din instanţele psihice profunde, subconştiente, scăpate de sub controlul orientativ - simbolic şi structurat al conştiinţei aflată în stare de relaxare hipnoidă şi care devine evidentă atunci când lăsăm bolnavul să vorbească fără a interveni cu întrebări care să-i orienteze şi să-i organizeze discursul. Cu cât avem mai multă răbdare de a asculta bolnavul, cu atât verbigeraţia apare mai evidentă în toate dimensiunile

sale. Mimica bolnavului va avea un caracter stereotip, mecanic, discordant în raport cu exprimările verbale; autismul şi prin el contactul cu ambianţa fiind rupte, izolarea apare evidentă, asistolia intrapsihică traducându-se prin ansintaxia de răspuns la solicitările anturajului. Tulburările gândirii interioare traduse în verbigeraţie, poartă amprenta disoluţiei noţionale şi a rigorilor logice, cu dilatare şi dispersia halourilor semantice, sărăcindu-i valoarea comunicativă şi informaţională, ideaţia devenind concretă, răspunzând unui stil actual fără legătură cu cel precedent şi incapabil de a-l proiecta într-o imagine viitoare. Verbigeraţia traduce, în fond, disocierea acută dintre primul sistem de semnalizare în care gândirea schizofrenului nu mai poate selecta ceea ce-i semnificativ pentru a exprima adecvat semnelele primare în simbolica celui de-al doilea sistem de semnalizare. Ca urmare, va apare în limbaj o deslânare afectivă, greu de explicat în motivaţiile sale intime şi o disoluţie verbală demodulată în capacităţile sale de analiză şi sinteză proiectivă, ca şi în dezacord cu expresiile afective structurale şi generate din dominanta ce nu reuşeşte să se cristalizeze. De aceea, considerăm că în verbigeraţie este perturbată nu numai structura logică şi semnatică dar este, de asemenea, perturbată şi dosociată însăşi structura logicii afective şi a logicii naturale în genere.

P. Quercy, în studiul său *"Sur le language automatique"* consideră că în schiofrenie este o producţie noologică noninteţională care nu este adaptată şi nu este considerată ca produsă de eul bolnavului, ci ar fi aşa cum spun bolnavii, consecinţa unei influenţe exercitate din exterior, a unei voci străine prin care atât vorbirea, cât şi scrisul bolnavului ar apare ca un dicteu.

Pfersdorff, de asemenea, consideră că tulburările de limbaj din schizofrenie ţin mai mult de domeniul automatismelor psihice şi elaborează următoarea clasificare a perturbărilor de limbaj:

a. elaborarea de fraze scurte, fără înşeles, dar care din punct de vedere a structurii gramaticale, îndeosebi sintactice, sunt corect alcătuite;

b. elaborarea unor propoziţii sau fraze fără sens, printr-o înşiruire de substantive şi cuvinte neoformate, limbaj produs prin

contaminare, în care legăturile asociative lipsesc sau sunt realizate prin asonanță sau disonanță, care constau în repetiția aceloraşi litere sau a aceloraşi silabe, ori a unor silabe fără sens;

c. interpretarea filologică fără sens (asemantismul) ar fi a treia formă a limbajului automat.

Pfersdorff consideră că "atunci când o funcție poate fi realizată fără cooperarea sensului, noi suntem întotdeauna în fața unui *automatism*" şi mai departe "...caracterul automat al interpretării ne pune în drept s-o considerăm ca pe o categorie specială a limbajului patologic. Dacă în primele două categorii de tulburări de limbaj bolnavul enumeră fraze scurte (a) sau silabe ori cuvinte fără sens (b) în cea din urmă categorie (c) bolnavul de schizofrenie se pare că foloseşte automatismele sale fie fără legătură evidentă cu delirul, fie în legătură manifest delirantă."

Noi vom studia mai departe cazul unui bolnav de schizofrenie în care atât vorbirea cât şi scrierea erau dictate din exterior, de la o "bancă a cuvintelor" unde erau depuse şi cuvintele din sufletul său. De aceea, bolnavul considera că banca sufletului este mai mare, iar cea a cuvintelor este ceva mai mică şi de acolo îi veneau lui vorbele când conversa precum şi cuvintele scrise, când scria. În ultimul caz avea impresia că scrisul său "e un dicteu, domnule!"

3. *Monologul sau solilocvia* exprimă o trăsătură negativist-solipsistică în schizofrenie, dar se întâlneşte şi în cadrul altor psihosindroame delirant-halucinatorii. Această tendință a bolnavului de a discuta cu el însuşi, de a monologa, obişnuit are la bază totuşi un dialog ce se realizează de către pacient fie cu propriile sale halucinații, fie cu un interlocutor imaginar. Aceste afirmații decurg din atitudinea şi din mărturisirile bolnavilor. Solilocvia poate îmbrăca cele mai diferite forme de exprimare, în sensul că vocea bolnavului poate fi abia perceptibilă sau ne dăm seama după mişcările abia sesizabile ale buzelor, din atitudinea bolnavului, care ascultă o voce căreia îi răspunde, uneori, cu un timbru foarte puternic. În general, bolnavii nu pot preciza identitatea celor cu care vorbesc şi de aceea sunt suspicioşi, sau, "identifică" o

anumită persoană, dar despre care se abţin să ne ofere detalii. Monologul se realizează atât atunci când bolnavul se află singur, dar şi atunci când este în prezenţa uneia sau a mai multor persoane. În alte cazuri bolnavul vorbeşte cu dublul său pe care-l vede proiectat în spaţiul apropiat sau când se priveşte în oglindă. Conţinutul monologului este, în mod obişnuit, de natură delirant-halucinatorie şi se poate exprima prin cele mai felurite alterări fonetice, sintactice sau semantice. Totodată, semnalăm prezenţa frecventă, în cursul solilocviei, a neologismelor. Monologul poate fi ca durată foarte scurt, intermitent sau continuu, poate dura ore sau zile întregi. Se constată la unii bolnavi cu delir halucinator o anumită stereotipie a monologului atât din punctul de vedere al conţinutului, gesturilor, cât şi al locului în care se desfăşoară.

E. Kraepelin descrie nevoia bolnavului de a vorbi, în cadrul conversaţiilor, însă solilocvia întâlnindu-se foarte rar. În psihiatria sovietică s-a descris *"simptomul monologului"* în care bolnavii, de îndată ce li se pune vre-o întrebare, încep să răspundă corect, pentru a devia apoi spre un discurs de neânţeles.

H. Ogura a studiat simptomul monologului la trei categorii de bolnavi. La prima categorie de bolnavi a constatat fenomene obsesivo-fobice verbale, bolnavul având impresia că cineva îl ascultă, fenomen cunoscut şi descris de către P. Janet sub denumirea de "sentiment de devinement." A doua categorie se caracterizează printr-un dialog halucinator. A treia categorie este fondată pe ideia de influenţă, în care caz bolnavul are impresia certă că nu el vorbeşte ci altcineva. Trăsătura generală apare imposibilitatea de a descrie clar trăirile subiective, "experienţa" sa, sau tendinţa către automatisme psihice. Printre altele, monologul automatic intră în cadrele autismului, a îndepărtării de lumea reală, a vidului pe care-l tăinuieşte acest monolog. *Simptomul monologului* trebuie studiat de pe poziţia funcţiei personale a cuvintelor. Dacă monologul se exprimă verbal, el are o funcţie comunicativă: în caz că nu se comunică, atunci înseamnă o izolare, retragerea din lumea reală. În aceasta ar consta contradicţiile monologului. Se poate afirma că monologul constituie un joc sui generis de cuvinte şi înţelesuri, o verbalizare particulară. Aceasta este o reprezentare oarecare, ce

descoperă ca un strat cuvintele goale. Autismul şi ambivalenţa sunt componentele obligatorii pentru a înţelege aspectele interpersonale ale monologului.

4. *Inatenţia sau distractivitatea* atenţiei voluntare, reflexive în cursul vorbirii constituie o altă particularitatea a activităţii expresive a bolnavului de schizofrenie. Observarea atentă a reactivităţii comportamentale a bolnavului de schizofrenie în timpul unei discuţii relevă scăderea graduală sau bruscă a atenţiei în cursul conversaţiei, ceea ce evidenţiază lipsa de suplete a comutărilor prosexice şi respectiv deficitul de stabilitate şi vigoare în dinamica proceselor de atenţie, că şi dispersarea lor. Această distragere a atenţiei ţine nu numai de simpla mobilitate a proceselor de excitaţie şi inhibiţie, de destructurare a dominantelor în ce priveşte intensitatea şi stabilitatea lor, dar în acelaşi timp şi o disfuncţionalitate cortico-subcorticală îndeosebi în ce priveşte funcţiile activatoare ascedente ale substanţei reticulate, în conjuncţie cu existenţa fenomenelor de epuizare sau inhibiţie supraliminară corticală. Ar mai fi, de asemenea, de adăugat scăderea interesului pacientului fie pentru subiectul discuţiei, fie pentru interlocutor prin hipotonie afectivă. Noi opiniem îndeosebi nu atât pentru eplicaţia de tip negativist-autist a acestei inatenţii, cât mai ales pentru existenţa unei disfuncţionalităţi paradoxale cortico-subcorticale, deoarece este cunoscut că făcându-l atent pe bolnav, acesta reia pentru scurt timp discuţia, răspunde aproape automatic, concordant sau disconcordant cu sensul logic al discursului sau, dimpotrivă, nu acordă pur şi simplu nici o atenţie interlocutorului, izolându-se. Alteori, suntem surprinşi să constatăm că, în cursul unei discuţii în care părea antrenat şi interesat, cel puţin aparent bolnavul, în mod brusc dar nemotivat, se îndepărtează retrăgându-se indiferent, părăsind discuţia şi respectiv interlocutorul.

5. *Ecolalia (ecofazia, ecofrazia)* face parte dintr-un ansamblu simptomatic complex constituit de ecopatie (imitarea mai mult sau mai puţin fidelă, ca în oglindă, a gesturilor, mişcărilor, mimicii şi expresiilor vebrale ale unei persoane - ecopraxie, ecokinezie, ecomimie, ecolalie).

Ecolalia reprezintă o tulburare de limbaj care constă în repetarea reflexă, imediată, brsucă, fidelă, inutilă şi automatică a cuvintelor sau frazelor pronunţate de o altă persoană din apropierea bolnavului. Această repetare patologică în ecou, prin imitaţie, este considerată ca un automatism. În cazul ecolaliei, de cele mai frecvente ori, se reproduc dintr-o frază ultimile silabe din cuvânt sau a unuia ori a mai multor cuvinte.

E. Regis considera ecolalia ca o formă a reacţiei de perseverare (Neisser), expresie a unei intoxicaţii sau impregnări printr-o vocabulă, cu caracter perseverent dominant care reverberează automatic în discursul bolnavului.

După H. Wallon, ecolalia ar fi o tentativă de înţelegere sau chiar un inventar al cunoştinţelor, deşi prin repetarea lor cu caracter automatic, morbid, mai curând crează condiţiile unei integrări dificile în ce priveşte înţelesul limbajului şi aceasta în mod particular în cazurile de ecopalilalie.

J. Levy şi A. Porot arată că bruscheţea şi promptitudinea reflexă cu care se realizează ecolalia, presupune un teren caracterizat printr-o mare sugestibilitate, aşa cum e cazul persoanelor primitive, a debililor mintali sau a stărilor demenţiale. S-au remarcat cazuri de ecolalie ca un joc în cazul debililor mintali, dar şi stări de contagiune la diferite grupe de populaţie unde acest sindrom a luat diferite denumiri: *jumping* în S.U.A., *Schlaftrunkenheil* în Germania, *amok* sau *Latah* în malaezia, *malimali* în Togals, etc.

În schizofrenie ecolalia apare, în mod particular, în cazurile bolnavilor hebefreno-catatonici, putând fi însoţită de ecomimie. Atunci când ecolalia se extinde la tot limbajul, realizează psitacismul lui Cotard. Reamintim, de asemenea, că, împreună palilalia, ecolalia, mutismul şi amimia constituie sindromul PEMA al lui Guiraud sau marea palilalie a lui G. Levy, tulburări ce ţin de leziunile lobului frontal.

6. *Impulsiunile verbale* apar în schizofrenie ca acte psihomotorii expresive, cu caracter brusc, imperativ, irezistibil, exploziv, imprevizibil, cu expresie semiautonomă, în cursul cărora

bolnavul emite ilogic şi fără o justificare cuvinte sau fraze cu conţinut injurios, coprolalic, sau crâmpeie de tipul unei verbigeraţii incifrate şi mesterioase, fără nici o legătură cu discursul verbal de la care a plecat sau cu condiţiile obiective şi inter-subiective în care se află. Impulsiunile verbale au, după opinia noastră, caracterul unei reacţii de tipul scurtcircuitului mintal sau de tipul raptusului, iar uneori pot însoţi sau exprima aceste reacţii exploziv-impulsive psihomotrii iraţionale, cu debut şi final brusc şi cu consecinţe, uneori, atât de brutale sau periculoase pentru bolnavul sau anturajul său apropiat. Impulsiile verbale apar mai frecvent în schizofrenia catatonică.

7. *Răspunsurile alături cu sensul logic al întrebării* reprezintă expresia digresiunii dialogului care printr-o logică aberantă, absurdă şi arbitrară, face ca bolnavul de schizofrenie să părăsească brusc şi straniu firul firesc al discuţiei şi să dea un răspuns care nu mai are nici o legătură nici cu sensul sau contextul discuţiei, dar nici cu întrebarea directă care i se pune, ceea ce reprezintă o perturbare concomitent expresivă, conativă şi referenţială a funcţiilor limbajului ca un fel de scurtcircuit a gândirii logice.

## Alterări morfologice ale limbajului

1. *Tulburări ale articulării cuvintelor.*

E. Bleuler nota, pe drept cuvânt, că din punct de vedere al caracterelor motorii, vorbirea bolnavilor de schizofrenie este, în general, intactă, având în vedere, desigur, absența leziunilor manifeste ale structurilor dinamice morfofuncționale cerebrale necesare limbajului.

Totuși, o serie de psihiatri au adus în discuție relațiile posibile dintre limbajul bolnavilor de schizofrenie și cel al afazicilor.

Neisser este primul care apropia neoformațiile verbale ale bolnavilor psihici de tulburările deficitare morfo-funcționale de tip neurologic.

F. Berns considera că există unele apropieri între neologismele schizofrenilor și cele întâlnite în afazie.

K. Kleist și colab., au susținut în mod particular că în schizofrenie apar adevărate simptome afazice, comparând neologismele verbale schizofrenice cu parafaziile din afazia senzorială. K. Kleist și asistentul său A. Schneider erau de părere că tulburările afazice, ca și cele schizifrenice au la bază un substrat lezional care, spre deosebire de afazie în care leziunea este masivă, în schizofrenie aceasta apare mai slabă și mai superficială. Însăși tulburarea de gândire din schizofrenie se datorește, după Kleist, atingerii organice cerebrale, leziune pe care o situa la zona de trecere dintre lobul occipital și a III-a circumvoluțiune temporală. De asemenea, Kleist considera că fenomenele de oligofazie din catatonie se aseamănă cu afazia motorie determinată de leziunile transcorticale.

Tulburările afazice și cele schizofazice au, conform concepției lui Kleist, același substrat lezional, numai că tulburările cerebrale, pentru aceeași localizare, sunt masive în afazie, în timp ce în schizofazie au loc dispariții tisulare mai mici. Pe de altă parte, în aceste cazuri uneori predomină fenomenele disfuncționale de tip excitativ, iar în alte cazuri, fenomenele de tip deficitar inhibitor, ceea ce ar explica, printre altele, existența unei catatonii cu debit verbal crescut și a unui alt tip de catatonie cu debit verbal inhibat, tăcut. În acest fel, K.Kleist considera

că paragramatismul se datorește existenței unui proces predominant temporal, în timp ce în cazul agramatismului, localizarea lezională ar fi predominant frontală. Argumentele anatomo-patologice pe care se sprijinea școala lui K. Kleist în afirmarea celor de mai sus au constat în aceea că examenele histopatologice au evidențiat, îndeosebi în cazul bolnavilor care prezentaseră schizofazie, leziuni ale straturilor corticale 2, 3 și 5, leziuni cu caracter difuz dar care cuprindeau și centrii limbajului. Ar fi, poate demn de reținut, că în nici una din cercetările hitopatologice nu s-au remarcat tulburări anatomo-patologice specifice schizofreniei.

De altfel, școala lui K.Kleist continuă o veche tradiție a școlii germane de neuropsihiatrie cu privire la explicarea organicistă a tulburărilor de limbaj din bolile psihice. În acest sens Stengel apropie tulburările de limbaj din manie de cele din afazia senzorială, K. Bonhoeffer efectua unele asemănări în ce privește denumirea obiectelor pe care le constata la deliranții alcoolici cu fuga de idei, cu tulburările din afazia nominală, în timp ce A. Pick, descria manifestări de tip afazic la bolnavii cu tulburări psihice senile și presenile determinate de hipoprosexie, sub numele de cecitate aperceptivă (apperzeptive Blindheit).

Analogiile de tip organicist efectuate între dezintegrările limbajului din afazie și cele din schizofrenie se bazează mai mult pe corespondențele formale dintre tulburările de vocabular și, în particular, pe tulburările funcțiilor sintactice existente atât în afazie cât și în cazul schizofaziei. De aceea, Pfersdorff considera că între cele două tipuri de tulburări ar fi vorba nu numai de diferite grade de intensitate a manifestărilor, dar mai ales de localizare cerebrală diferită a acestor perturbări de limbaj.

E. Pamfil (1976) referindu-se la limbajul bolnavilor de schizofrenie nota următoarele: "Forma sonoră, fonetică, este alterată în articulare, claritate, ca și în melodia frazei (un bolnav, de pildă, vorbea cu două octave mai sus ca vocea lui, altul devenea extrem de peltic fiindcă își plasa limba între dinți ș.a.m.d.)".

Din acest punct de vedere se vor întâlni în schizofrenie, mai ales în forma hebefreno-catatonică, tulburări funcționale de articulare a cuvintelor care vor ține nu atât de perturbarea manifestă cerebrală, cât mai ales de distorsiunea funcțională centrală exprimată îndeosebi prin manierismele de limbaj.

Tulburările de limbaj în afazie îmbracă diferite forme și se exprimă printr-o mare varietate de tipuri clinice ca gravitate și mod de manifestare. La unii pacienți se va observa pierderea, în adevăratul sens al cuvântului, a capacității de vorbire și înțelegere, dar totuși, la mulți afazici constatăm unele capacități reziduale care îi fac apți pentru anumite performanțe verbale. Sunt cazuri în care perturbarea dominantă privește recunoașterea și înțelegerea vorbirii și în care tulburarea este de tip receptiv, în timp ce în alte cazuri este perturbată capacitatea de a găsi cuvintele potrivite pentru conceptele pe care să le exprime (anomie), iar alții nu pot realiza construcția frazei într-un tot unitar și coerent (afazie sintactică). Chiar dacă în afazie se vor constata perturbări articulatorii prin incapacitatea controlului central al dinamicii bucofonatorii, sau chiar dacă se vor evidenția tulburări de percepție vizuo-spațială de tip stereognozic ca și de nerecunoaștere a simbolurilor, totuși: "...o caracteristică centrală a tuturor afaziilor este pierderea abilității de conceptualizare și manipulare a conceptelor prin simboluri lingvistice, sau, așa cum spune Kurt Goldstein, o pierdere a abilității de a folosi noțiuni abstracte și de a generaliza. Natura acestei pierderi poate fi înțeleasă mai bine când se recunoaște că afazicul pierde și abilitatea de a se exprima prin gesturi sau alte mișcări simbolice sau de a înțelege astfel de gesturi când ceilalți încearcă să le folosească în cimunicarea cu el" (J.B. Carroll).

Charles Osgood formulează un concept personal privind comportamentul lingvistic, de tipul unui proces ierarhic structurat și multistadial și care presupune următoarele nivele:

a. de *proiectare* a stimulilor pe ariile cerebrale corespunzătoare;

b. *integrativ* în care stimulii sunt recunoscuți, analizați, sintetizați și conectați cu alți stimuli în construcții gramaticale adecvate;

c. *reprezentațional* în care "semnificațiile semnelor lingvistice sunt recunoscute și manipulate."

"Mobilul presupune și trei procese de manifestare, de manipulare a informației: decodarea, asocierea și codarea, fiecare dintre ele putând opera la fiecare dintre cele trei niveluri de organizare menționate" (cf. J.B. Carroll).

Davis Howes susține că particulară pentru afazie este pierderea generală a forței deprinderilor verbale, în timp ce H. Schnell și J. Jenkins, apropiindu-se de opiniile lui D. Howes, considera afazia ca un fenomen patologic unitar în care este pierdută, în general, competența lingvistică atât receptivă cât și productivă, considerând, totodată că tulburările perceptive, ca și a controlului musculaturii buco-fonatorii nu sunt obligatorii și, de asemenea, specifice afaziei.

C. Arseni arată că în leziunile prefrontale au loc importante modificări ale melodiei kinetice a limbajului. Într-un asemenea caz observat de noi, limbajul pacientului avea un pronunțat caracter schizofrenic. Specificăm, de asemenea, că perturbările de tip parafazic pot fi confundate cu tulburările de limbaj din schizofrenie și îndeosebi cele ce survin după comoții cerebrale și în care examenul clinic neurologic nu evidențează fenomene deficitare fie chiar microsimptomatice. De aceea, ne întrebăm, în ce măsură unele schizofrenii posttraumatice aparțin schizofreniei sau unor manifestări particulare de tip afazic, cu atât mai mult cu cât mecanismele propuse de Osgood se pot aplica atât în studiul comportamentului verbal afazic, cât și a celui schizofrenic.

Studiul tulburărilor morfologice ale limbajului în schizofrenie s-a realizat după modelul analogic organicist cu raportare particulară la afazie. După opinia noastră, modificările morfologice ale limbajului expresiv în schizofrenie se pot studia în mod adecvat, raportându-se la mecanismele funcționale fono-articulare în care sunt implicate, în reacții circulare ideo-afective, mecanismele senzitivo-senzoriale, kinestezice articulatorii și de integrare a structurilor limbajului expresiv cu secvențele sonore și a îmbinărilor sintagmatice, etc., prin folosirea adecvată a formelor flexionare nominale și verbale, cu diferențierea

conjuncţiilor şi prepoziţiilor în baza unor procese de analiză ideo-verbală, ideo-grafică şi ideo-motrică ce realizează sincronismul dinamic al diferenţierilor expresive, conative şi referenţiale ale limbajului cu cel al funcţiilor psihice superioare. În acest proces, conlucrarea armonioasă cortico-subcorticală apare ca o condiţie indispensabilă în realizarea dinamicii expresive în corelaţie funcţională indisociabilă cu procesele superioare ideo-afective. Toate acestea ne determină să considerăm, dimpreună cu L. Michaux că, alături de tulburările limbajului sub raport lingvistic sunt cuprinse nu numai perturbările semantice, dar şi cele ce privesc articularea şi debitul verbal, toate împreună condiţionând funcţional producerea tulburărilor morfologice ale materialului lingvistic. Din punct de vedere al semnaticei limbajului şi al perturbărilor sale, pot apare, în schizofrenie, manifestări de tip dizartric. De aceea, în unele cazuri, vom constata logoclonii de tip clonic, tonic sau tonico-clonic, pasagere sau stabile, ca şi tulburări dizartrice de tipul rotacismului, pararotacismului, sigmatismului, parasigmatismului, lambdacismului, etc. Acest tip de tulburări sunt mai puţin obişnuite în schizofrenia adultului, dar se observă mai frecvent în cazurile de schizofrenie ecopilului şi adolescentului.

## Tulburările melodiei kinetice, ritmului, tonalităţii, intonaţiei şi timbrului expresiei verbale

*Tulburările melodiei kinetice* a limbajului constau în faptul că expresia verbală suferă din cauza încremenirii, răcelii, golirii, sciziunii ideo-afective, ceea ce face ca discursul bolnavului să fie monoton, monocord, din care nu răzbeşte infiorarea emoţională, ceea ce face ca limbajul să apară plat, şablonizat, schematizat, cu aspect de conglomerat sonor depersonalizat, cu atât mai mult cu cât aceste perturbări ale melodiei expresive se însoţesc de hipomimie, dismimie, paramimie sau amimie. În alte cazuri, melodia kinetică a limbajului îşi însuşeşte o linie neregulată, cu manifestări fazice dintre cele mai

neașteptate, uneori paradoxale. În acest sens, E. Kraepelin amintea de fenomenul "deraierii limbajului" în schizofrenie, care constă în aceea că: "Pacientul murmură, cu greu își mișcă buzele, cu dinții strânși și adesea... trece brusc la strigăte îngrozitoare."

Aceste alternări în ce privește intensitatea și modularea melodiei kinetice a limbajului se observă frecvent în schizofrenie. Nu sunt rare cazurile în care bolnavii se exprimă cu o voce de mare intensitate. Oscilații sau salturi ale intensității expresiei verbale se întâlnesc la bolnavii care prezintă halucinații. În acest caz și mai ales la bolnavii cu delir halucinator intensitatea vocii e în funcție de cum vor sau nu să fie auziți de presupușii persecutori. În alte cazuri, bolnavii țipă brusc și se agită în cazul unor halucinații viuale cu caracter terifiant sau răspund cu voce coborâtă atunci când poartă dialogul cu vocea sau vocile pe care le "aud".

*Tulburările de ritm* se exprimă fie printr-un ritm accelerat (tahifemie), încetinit (bradifemie) sau ritm neregulat.

*Tahifemia* sub forma agitofaziei, a verbigerației sau a iterațiilor poate fi atât de accelerată, încât limbajul devine absolut neinteligibil.

*Bradifemia* până la disfazie sau mutism se întâlnește în stările catatonice, dar mai ales în stuporul catatonic.

*Ritmul neregulat* este de aspect fragmentat, întrerupt prin baraje sau blocaje tranzitorii care corespund fenomenelor de baraj sau fading din gândirea bolnavilor de schizofrenie.

## Tulburări fonetice, de tonalitate, timbru și intonație

Tulburările fonetice, sintactice și semantice în schizofrenie se întâlnesc exprimate sub cele mai diverse aspecte, atât cantitativ cât și calitativ, cu organizări și reorganizări după modalități funcționale în care se interferează elementele structurale ale producției lingvistice normale și anormale și în care fonemele se combină pentru a forma

monemele, acestea oferind materialul de construcție al sintagmelor simple de la care se va ajunge la elaborarea unor sintagme de complexitate superioară. În felul acesta, limbajul ne apare ca o structură ierarhizată în care, de la nivelul emiterii sunetului și până la producția lingvistică superioară, au loc nu numai structurări plurinivelare, dar și multiple asocieri și articulări dinamice de complexitate crescândă, în care sunt implicate ierarhic sistemele structurale fonologice, sintactice și semantice supuse unor permanente transformări combinatorii în funcție de un sistem referențial conceptual pe baza unui stoc asemantic și semnatic relativ stabil și particular unei comunități lingvistice, configurând astfel, pe baza legilor morfologice și sintactice, un sistem lingvistic semnificativ unitar. Pe această bază se realizează funcția expresivă, conativă și referențială (Buhler), îmbinându-se ierarhii funcționale afective (țipăt, interjecție, exclamație, etc.), ludică (jocuri de asonanțe), patică (interdicție sau ordin), reprezentativă (descriere, informare) și dialectică (argumentare și raționament) (Ombredone), procese în care se unesc cuvinte și concepte, limba devenind astfel instrument relativ autonom al gândirii discursive.

Această structurare ierarhizată, dinamică și interdependentă a limbajului în raport cu gândirea și funcțiile morfofiziologice, ne indică posibilitățile multiple de exprimare a fenomenului disociativ ideo-verbal în raport cu componentele sale fonetice, sintactice și semnatice, dar și disocierea funcțională în interiorul fiecărei structuri ierarhice care alcătuiește unitatea sistematic-funcțională lingvistică. Această structurare și destructurare plurinivelară a discursului verbal relevă unitatea dintre fiziologia normală și ierarhizarea structural-funcțională lingvistică până la nivelul câmpurilor semnatice cu relațiile lor complexe dintre semnificat și semnificant și cu funcțiile, transformările și selecțiile lor paradigmatice și sintagmatice, ceea ce explică diversitatea tulburărilor de limbaj în schizofrenie, dar și dificultatea studiului acestuia de către clinician fără cunoașterea adecvată a legilor sintacticii și semnaticii pentru a pătrunde astfel în intimitatea fenomenului psihopatologic al tulburărilor de limbaj.

Articulările şi transformările fonematic-sintagmatice descriptive, distinctive, etc., au loc la diverse nivele ierarhice de integrare şi în interiorul unor câmpuri de semnificaţi şi semnificanţi cu valoare diferită în care se operează selecţii diferenţiate, pe baza unor sisteme operaţionale - cu transformări fonetice, sintactice şi semnatice - procese combinatorii deschise şi polivalente, pentru care este necesară nu numai integritatea substratului morfo-funcţional dinamic cerebral, dar şi a nivelului de conştiinţă, în vederea realizării unor dominante funcţionale referenţiale conceptuale pentru a elabora şi păstra integritatea capacităţilor simbolice specific umane şi a realiza astfel unitatea funcţională dintre primul şi al doilea sistem de semnalizare, dintre semnalizarea biologică şi cea psihosocială în procesul de interiorizare informaţională cu elaborarea consecutivă a conceptelor şi de creare a formelor expresive verbale adecvate.

În sensul celor de mai sus, alterările fonetice, sintactice şi semnatice ale limbajului se vor întâlni nu numai cantitativ şi calitativ disociate, dar procesul disociativ va cuprinde, în acelaşi timp, nivele diferite de integrare ierarhică a sistemului lingvistic şi, în funcţie de aceste nivele, vor avea loc şi perturbări diferenţiale ale proceselor operaţionale, ale transformărilor paradigmatice, ale sintezelor sintagmatice, dar şi a celor semantice. Aceste tipuri de perturbări se întâlnesc în toate formele de schizofrenie, dar mai frecvent şi mai profund perturbată structura limbajului va fi întâlnită în schizofrenia catatonică şi mai mult în cea hebefrenică, precum şi în stările de demenţă afectivă terminală. Relativ mai puţin evident apare alterarea limbajului în schizofrenia paranoidă la care se va remarca, în mod particular, perturbările semantice ale limbajului, deşi se va evidenţia la un examen atent tendinţa spre manierisme ale intensităţii, accentului şi intonaţiei limbajului expresiv.

Reamintim cazul descris de E. Pamfil, a unui bolnav de schizofrenie care vorbea cu două octave mai sus comparativ cu vocea lui obişnuită din perioadele interacute. Această tulburare aparţine, după opinia noastră, proceselor de parabiotizare a structurilor morfofuncţionale dinamice cerebrale ale limbajului şi se aseamănă cu

trăirile subiective ale bolnavilor nepsihotici cărora li s-au determinat trăiri subiective halucinatorii auditive în cursul intervenţiilor neurochirurgicale cărora li se părea că propria lor voce are o tonalitate mai crescută.

Tulburările de tonalitate, timbru şi intonaţie care obişnuit traduc modulările afective, în schizofrenie îmbracă cele mai diverse forme, în funcţie de stadiul bolii, formă clinică, nivelul de dezorganizare a structurii personalităţii. În acest sens, vocea bolnavului apare răguşită, nazalizată (parafonie), dentalizată, în falset, imitând vorbirea copilului, psitacismul sau vorbeşte gâfâind, etc., aceste perturbări se întâlnesc cel mai frecvent în hebefrenie. În alte cazuri, discursul verbal este presărat cu zgomote parazite reprezentate de false suspine, inspiraţii sau expiraţii forţate, zgomotoase, etc. Unii bolnavi se exprimă împrumutând o intonaţie artificială care nu-i caracteristică regiunii din care vin şi în care au lucrat, sau împrumută intonaţia unei limbi străine, ceea ce conferă expresiei verbale o formă particulară, aparent rafinată, afectată, puerilă, uneori bizară, grotescă şi care exprimă în plan verbal manierismul hebefreno-catatonic. În cazul creării neologismelor sau chiar a inventării unei limbi străine, bolnavul îşi construieşte o adevărată structură expresivă disociată, autistă, delirantă, aşa cum şi-o poate imagina şi realiza în cadrul sistemului său disoluţionat intrapsihic.

## Tulburările semnatice ale limbajului

*Tulburarea structurii cuvintelor* se prezintă în schizofrenie sub cele mai diferite forme. H. Ey notează "telescopaje" sau deplasări ale silabelor, cu antepoziţia sau retropoziţia unei fracţiuni sau părţi a cuvântului, sau are loc un proces operaţional asupra prefixului sau vocalei iniţiale care constă în contaminările, substituirile sau înmulţirile acestora, după cum, de asemenea, se întâlnesc inversiuni, eludări sau repetări ale sufixelor. În cursul unor asemenea transformări din câmpul fonematic, au loc degradări ale fenomenelor descriptive, după un cod

paradigmatic în care legile lingvistice nu mai sunt respectate şi nu se poate, prin urmare, ajunge la realizarea unor moneme inteligibile.

E. Bleuler nota că unele cuvinte sunt create prin condensarea unor structuri fonematice necorespunzătoare sau, pur şi simplu, arbitrare şi, prin urmare, absurde şi ilogice. Bleuler insită, de asemenea, asupra creării *neologismelor* lui Shnell (1852) în schizofrenie care, în mod obişnuit sunt incomprehensibile, cel puţin pentru interlocutor. Crearea neologismelor se poate realiza după regulile sau legile uzuale din evoluţia normală a limbii şi, aşa cum remarcă L. Michaux, această neoformaţie lingvistică sau acest pseudo-cuvânt, cvasi-cuvânt sau *neologsa* (J. Stuchlik), realizând *codul* (principiile sau legile) normal adică: "plecând de la sunete (*onomatoposesis*), prin derivaţie analogică, prin compunere simplă, prin contaminare ("post-manteau words", "mots-valises" din "Alice în ţara minunilor" de Lewis Carroll, în care două semnificaţii sunt "împachetate" într-un singur cuvânt) prin fuziunea fracţiunilor de cuvinte (*sinteză silabică*) sau pseudocuvinte (conglomerate sau *druses* verbale ale lui Stuchlik) (cf. L. Michaux). Aceste neoformaţii, chiar dacă sunt rezultatul aplicării unui cod normal de trasformări determină, în schizofrenie, structurări constelative noi, cu caracter *neopatomorfic* incoerent, incifrat, criptic, asemantic şi deci, neinteligibil. Aceste trăsături ale neologismelor (neologon) în schizofrenie rezultă din însăşi particularităţile de creare a lor: se înlocuiesc selectiv unităţile lexicale cu funcţie noţională (substantiv) cu alte structuri lexicale care definesc trăsături ale noţiunii; unităţile lexicale cu care se operează se înrudesc cu cele din fodnul lexical comun, însă sistemul de codificare a lor şi de aranjare în cuvânt se face după o structură fonologică arbitrară: sistemul fonologic cu care operează bolnavul şi transformările pe care le realizează nu pleacă de la un cuvânt aparţinând lexicului comun (cf. A. Roche Lecours). Ca urmare, neologismele se vor deosebi de *parafaziile fonemice* în care "sistemul fonologic... este cel al limbii comunitare", "parafazia fonemică rezultând din "trasformarea unui cuvânt precis al limbii - această transformare putând fi descrisă prin referinţă la un model bazat pe un ansamblu de reguli simple" (cf. A. Roche Lecours şi colab.) Deci,

unitățile sau segmentele lingvistice din neologisme şi parafaziile fonemice se realizează prin două tipuri diferite de transformări şi, cum neologismele şi parafaziile fonemice se observă în afazie, urmează că în schizofrenie neologismele au ca modalitate de inițiere nu atât o perturbare morfologică ci una de natură subiectivă paralogică, cu atât mai mult cu cât crearea de neologisme poate apare şi la ipocondriaci la care nu se găseşte disociația ideo-afectivă.

E. Bleuler arată că unele neologisme apar în schizofrenie pentru a exprima concepte noi, trăiri deosebite, de obicei delirante, iar tendința la neoformații lingvistice ar fi un semn de evoluție prelungită a bolii (Regis) deşi, crearea nelogismelor poate apare inclusiv la debutul bolii. Se dă exemplul unui bolnav de schizofrenie care desemna discuția cu mai multe persoane drept "policuție". De cele mai multe ori, neânțelegerea termenului nou creat, a noologonului, dă impresia de noninteligentibilitate a neologismului creat de bolnav. În absența cunoaşterii legilor lingvistice după care se realizează tranformările paradigmatice fenomatice şi monemice pentru a se ajunge la crearea unei sintagme semnificative pentru bolnav şi asemantice pentru interlocutor. Se ajunge, aşa cum observa Sutter J.M., la aceea că "fapte identice sunt descrise sub nume diferite, în timp ca aceeaşi vocabulă nu serveşte totdeauna pentru a desemna acelaşi lucru. Seglas introduce neologismele în cadrul "*dislogiilor*", adică a acelor tulburări de limbaj care au ca bază alterarea predominant intelectuală cognitivă şi, în plus, reflectă mai ales o experiență individuală, spre deosebire de crearea normală a neologismelor care are un caracter social, general, colectiv în esența sa. În cazul schizofreniei, construcția frazei, a propozițiilor va reflecta raporturile logice incorecte dintre idei şi limbaj, dintre subiectul şi predicatul logic, cu *lipsa frecventă a predicației* care conferă sens logic discursului, chiar atunci când unele cuvintele sunt corect folosite sau când neologismele apar cu o frecvență rară şi eventual au o rădăcină corectă de la care pleacă transformarea paradigmatică. Se pare că neologismele survin mai frecvent în stările terminale cu incoerență verbală. În schizofrenie, neologismele sunt mai puțin stabile având, prin urmare o mai mare mobilitate atât ca număr cât şi ca formă, nu au o

liniaritate şi o desfăşurare spaţială constantă, spre deosebire de neologismele din delirurile sistemtizate paralogice, în care neologismele au un indice mai mare de constanţă în ce priveşte forma şi numărul mai mare decât în schizofrenie. Deci, în schizofrenie, neologismele fiind mai mobile ca în alte boli psihice, sunt incidentale şi, deci, mai puţin repetabile, iar la o analiză neatentă se pot, uneori confunda cu paragramatismele constituite predominant din greşelile de gramatică.

Se disting, de asemenea, aşa numitele *neologisme active* formate prin asonanţă, în sensul lui Seglas şi care apar fie în prezenţa halucinaţiilor, fie ca rezultat al unei prelucrări active din partea bolnavului delirant. Se pare că în cazul prezenţei unor neologisme active, limbajul nu apare disociat şi respectiv atât de incoerent. În cazul neologismelor pasive, după Seglas, se constată că numărul neologismelor ca şi a agramatismelor este mai numeros, iar limbajul are un caracter general disociat şi ar fi lipsite de o evidentă semnificaţie paralogică.

Remarcăm, de asemenea, că în creaţia lingvistică a copiilor apar frecvent neologisme care au un caracter tranzitoriu şi se manifestă printrun limbaj rudimentar, în mod particular la copii care prezintă condiţiile limitate de comunicare socială. Neologismele se folosesc în mod frecvent în limbajul fiecărei profesiuni sau ca argou în unele microgrupuri de integrare socială suboptimală.

În unele situaţii, bolnavul întrebuinţează un cuvânt, obişnuit puţin folosit în limbajul curent, dar căruia pacientul îi conferă un alt conţinut şi o altă semnificaţie. În această situaţie am fi tentaţi să calificăm acest transfer de semnificaţie drept un *pseudoneologism*, dacă avem în vedere că propriu.zis nu suntem în prezenţa unui cuvânt sau locuţiune nou create. Acest fenomen se întâlneşte şi la oamenii normali cu o stare subculturală. Tanzi a denumit această folosire a unui cuvânt normal, în alt sens decât cel comun, cu termenul de *paralogism*.

După opinia noastră, crearea neologismelor în schizofrenie corespunde predominant unei *disociaţii intranoetice*, consecinţă a fenomenelor de disoluţie noţională, în care se pierde capacitatea de spaţiere temporală a blocurilor lingvistice şi de transformare

operațională într-un câmp constant descriptiv - semnificativ ideo-verbal. Ca urmare, crearea de neologisme de către bolnavul de schizofrenie traduce alterarea simultană a limbajului și gândirii de tip disnoic, dereist.

Neologismele constituie o parte integrantă a glosolaliei, pseudoglosolaliei, glosomaniei și jargonofaziei, așa cum vom vedea mai jos în cadrul tulburărilor la nivelul frazei.

## Tulburări la nivelul frazei (morfologice și sintactice)

Kussmanl și apoi Kraepelin descriu *agramatismul* , tulburare simultană expresivă verbală și grafică în care, limba este deposedată de "micile unelte" - conjuncții, articole, prepoziții, etc, care conferă exprimării o evidentă incorectitudine, ceea ce a determinat pe unii autori (Pick, Pferdsdorff) să apropie tulburările morfologice și sintactice de pertubările observate în afazie. Vorbirea în cazul anagramatismului tinde la reducerea numărului structurilor sintactice cu care se operează, deoarece, se suprimă anumite categorii lexicale cum ar fi articolele, pronumele personale și demonstrative, conjuncțiile, adverbele, etc., ceea ce are ca efect o încetinire a debitului, o scurtare a frazei, tendințe la juxtapuneri, eliziuni și substituții a monemelor gramaticale. Totuși, cu toate aceste perturbări de structurare formală, cuvintele uzitate au o construcție gramaticală relativ corectă, iar inteligibilitatea frazei este mai mult sau mai puțin păstrată. Sărăcirea stocului lexical face ca vorbirea să devină săracă, redusă la scheletul ei esențial, minim indispensabil, ceea ce a determinat pe unii autori să definească paragramatismul prin termenul de "stil telegrafic". În alte cazuri de paragramatism, reducerea și simplificarea structurilor sintactice disponibile se adresează articolelor și pronumelor, abolirea pluralului, utilizarea neflexionară a verbelor, cu folosirea abundentă a infinitivelor. S-a comparat acest tip de agramatism cu exprimarea verbală a unor persoane care au un bagaj oarecare de cuvinte dintr-o limbă străină în care nu cunosc regulile gramaticale, ceea

ce l-a determinat pe Teulie să denumească agramatismul cu termenii: "Parler de petit negre", prin analogie cu limbajul pe care-l folosesc negrii şi nu numai ei, când încep să înveţe o limbă străină.

*Paragramatismul* descris de E. Bleuler constă în neoformarea unor expresii verbale cu totul absurde şi bizare în creaţia cărora pacientul are ca punct de plecare rădăcina corectă a cuvântului pe care efectuează flexiuni sau compoziţii noi, cu o semnificaţie evidentă pentru bolnav, dar care, având perturbări ale interrelaţiilor gramaticale sau sintactice, nu sunt înţelese clar de interlocutor, deoarece multe cuvinte sunt frecvent utilizate incorect. În acest sens, E. Bleuler dă ca exemplu următoarele: "Nu există în mine nici o prezenţă a absenţei spiritului" sau, un alt bolnav spunea că are "dureri catolice" insinuând că infirmierele catolice îi provocau dureri. J.Babon dă un exemplu citat de L. Michaux: "etre a la digne antrement = avoir un comportement digne".

Aşa cum observăm, în paragramatism se păstrează structura frazelor, în timp ce în agramatism ordinea verbală este complet pierdută. În agramatism, datorită suprimării unor categorii de cuvinte, suspendarea flexiei, a declinării, etc., propoziţia sau fraza ajunge la o simplificare incoerentă, telegrafică, derutantă. În paragramatism se păstrează structura frazei, dar cuvintele sunt dispuse incorect, iar conjuncţiile folosite necorespunzător creează dificultăţi în înţelegerea adecvată a sensului. Prin urmare, paragramatismul, se poate, într-un anume sens, apropia de parafazie prin aceea că şi într-un caz şi în altul tulburările verbale constau în construirea deficitară a frazei şi în care un cuvânt sau mai multe cuvinte aparţinând inventarului normal al limbii este tranformat sau înlocuit ori asociat necorespunzător cu un alt cuvânt, fraza rămânând corect construită gramatical în rest, dar neinteligibilă. În agramatism, aşa cum s-a văzut, are loc o construire defectuasă a cuvintelor, tulburările masive de structurare gramaticală şi de utilizare semnificativă a cuvântului, ceea ce face ca din punctul de vedere pragmatic, interlocutorul să nu poată înţelege ansamblul frazei şi semnificaţia sa. De aceea, unii autori sunt de părere că între paragramatism şi agramatism ar fi doar o diferenţă de grad sau intensitate. În formele grave de agramatism stilul telegrafic al frazei

rezultă în lipsa flexionării, conjugării, declinării, unor pronume, ceea ce duce la însuşirea unor cuvinte nelegate între ele cu verbele folosite la infinitiv, substantive declinate incorect, etc. Agramatismul este, aşa cum vedem, o perturbare profundă a sintaxei, fapt pentru care unii autori l-au denumit şi cu termenul de *asintaxie*, deşi tulburările morfologice şi cele sintactice sunt atât de evidente încât - aşa cum sublinia Piro - în cazurile extreme se întrunesc simultan atât agramatismul cât şi asintaxia.

Din cele de mai sus se desprinde observaţia că structura frazei prezintă, în schizofrenie, profunde modificări şi, cu toate acestea, să se întâlnească totuşi cazuri cu un limbaj complet incoerent dar total lipsit de sens, însă care are o structură corectă a frazei analizată din punct de vedere morfologic şi sintactic. De aceea, împreună cu Piro, considerăm că nu se pot separa alterările morfologice de cele sintactice, deoarece acestea se asociază frecvent, deşi tulburările sintactice sunt mai frecvent decât cele morfologice. În plus, dacă avem în vedere desfăşurarea fazică a procesualităţii bolii, aceasta se va reflecta inclusiv în tulburările de limbaj exprimate prin alternările de perioade cu o construcţie sintactică ireproşabilă, urmate de perioade perfect asintactice.

Amintim, de asemenea, că tulburările morfologice şi sintactice din schizofrenie şi îndeosebi *agramatismul* lui Kussmanl (1878), denumit de Steinthart *akataţazie* şi studiat de Pick (1913) se apropie, prin caracterele sale exterioare de tulburările de limbaj din afazie, aşa cum au subliniat Pick, Psersdorff şi alţii. Aşa cum am văzut, K. Kleist considera ă agramatismul ţine de leziunile lobului frontal, pe când paragramatismul este mai frecvent întâlnit în leziunile lobului temporal.

*Onomatomania*, este repetare perseverentă, obsedantă, impulsivă şi irezistibilă, a unuia sau mai multor cuvinte cu conţinut obscen sau coprololic, tulburare care se însoţeşte de tulburări vegetative (hipersalivaţie) sau anxietate, după cum poate fi expresia pulsională delirant-halucinatorie şi care în schizofrenie se întâlneşte mai rar şi apare îndeosebi în cazurile cu debut nevrotic obsesivo-fobic sau anxios. Tot în cadrul acestui paragraf ar fi, de asemenea de menţionat *onomatofobia* care constă în frica de a nu pronunţa sau auzi cuvinte cu caracter obscen.

*Embolalia (embolofrazia sau angofrazia)* constă în interpunerea sau inserția constantă a unei silabe într-un cuvânt, a unui cuvânt sau expresii stranii repetate într-o propoziție sau frază, materiale lingvistice care obstrucționează fluența discursului verbal prin revenirea lor constantă și în reprize. Embolalia se observă și la oamenii normali exprimată pin expresii de genul "nu-i așa" care se repetă în cursul vorbirii de mai multe ori. Embolalia silabică nu va trebui confundată cu logoclonia. În cazul schizofreniei, embolalia poate avea o motivație predominantă de natură delirant-halucinatorie. Această perturbare se va întâlni mai ales în cursul debutului schizofreniei și nu este întâlnită decât excepțional după instalarea bolii.

Remarcăm că fenomenele disociative de limbaj în schizofrenie se observă chiar și atunci când construcția frazei are un aspect apropiat de normalitate, dacă avem în vedere că și la oamenii normali tulburările sintactice sunt mai frecvente decât cele morfologice. În cazul schizofreniei, deși vom constata în cele mai multe cazuri flexie corectă, folosirea adecvată a prefixelor și în particular a sufixelor, etc., totuși un studiu atent va evidenția construcții sintactice anormale, consecință a folosirii inadecvate a timpului verbelor, inversiuni de structuri lexicale care vor schimba ordinea frazei, folosirea pronumelor fără referire la un obiect, substantivarea adjectivelor sau invers, fără a desemna o calitate etc., procedee care vor trunchia dispersarea de conținut și spațio-temporală a exprimării.

O formă particulară a dissintaxiei este *elidarea sintactică*, perturbare care se exprimă prin suprimarea unui cuvânt sau a unei propoziții cu rol semnificativ pentru înțelegerea sensului logic și a semnificației ideo-afective a frazei.

Perturbările la nivelul frazei în cazul schizofreniei ca și a altor boli psihice vor trebui studiate cu prudență deosebită deoarece dissintaxia, așa cum s-a menționat, apare și la persoanele normale, care nu și-au însușit adecvat folosirea corectă din punct de vedere sintactic a limbii. Se poate, de asemenea, constata paragramatismul la unele persoane a căror limbă maternă este alta decât cea prin care se exprimă ca pacient și totodată, trebuiesc avute în vedere particularitățile

dialectale, limbajele unor microgrupuri de tip jargon, iar în cazul celor ce vorbesc o altă limbă, va trebui, de asemenea, să precizăm dacă nu este cazul introducerii unor cuvinte din limba maternă pe care să le considerăm drept neologisme, etc.

## Tulburări semantice ale limbajului în schizofrenie

"Se crede, de obicei, că ceea ce este mai înalt este inefabil. Dar aceasta este o opinie superficială; inefabilul este gândirea obscură, în stare de fermentatie si care nu devine clară decât atunci când găseste cuvântul. Astfel, cuvântul dă gândirii existenta sa cea mai înaltă si cea mai adevăratã."

*HEGEL*

"Sub raport psihologic, abstractie făcând de exprimarea ei prin cuvinte, gândirea noastră nu este decât o masă amorfă si indistinctă...

Luată în sine, gândirea este ca o nebuloasă unde nimic nu este delimitat în mod necesar. Nu există idei prestabilite si nimic nu este distinct înainte de aparitia limbii".

*F. de Saussure*

"Limba ar putea fi denumită domeniul articulatiilor."

*F. de Saussure*

Tulburările semnatice în schizofrenie pornesc de la procese normale existente în limbajul comun. În acest sens, amintim că relațiile dintre un cuvânt şi semnificațiile sale sunt aleatorii. Se ştie că există o independență relativă a semnificantului (cuvânt) în raport cu semnificatul (idee, concept), în sensul că nu există o legătură naturală între aceşti doi termeni, altfel toți oamenii ar trebui să vorbească la fel. Astfel, între cuvântul *cal* pentru un român, *horse* pentru englez, *pferd*

pentru german, *loşad(i)* pentru rus. etc. şi reprezentarea (ideea) pe care şi-o fac despre acest animal există o evidentă independenţă, ceea ce l-a determinat pe F. de Saussure să denumească acest fenomen *arbitrarul semnului*. Tot în legătură cu exemplele date se vorbeşte despre *indeterminismul* relaţiilor dintre semnificat şi semnificant în sensul că între ideile şi cuvintele considerate la un moment dat într-o limbă nu există nici o legătură necesară. Pentru cine nu ştie limbile de mai sus, cuvintele date nu au nici un sens. Şi în fine, pentru a-şi rezolva "nebuloasa sa intelectuală" în scopul comunicării cu semenii săi, individul face o *alegere necesară* "asociind un cuvânt determinant unui gând determinat", proces aleatoriu prin care cuvântul dobândeşte în context o semnificaţie precisă. Deci, aşa cum se exprimă J. Claret, după care am expus cele de mai sus: "În rezumat, putem spune: emiterea şi disjuncţia fonemenelor sunt acte articulate, indispensabile comunicării orale. Semnul lingvistic fiind asocierea unui *semnificant* (cuvânt, imagine, sunet) şi a unui *semnificat* (idee, concept), trebuie să existe concordanţă între aceste două elemente. Dacă spun PUVA, nu semnifică nimic: acesta nu este deci un semn câtă vreme nu va fi asociat unei idei determinate". În schizofrenie asistăm, aşa cum se ştie, nu numai la o disociaţie ideo-afectivă, ci şi la o disociaţie ideo-verbală. Pe de altă parte, procesul disociativ în formele grave de schizofrenie se va manifesta atât la nivelul cuvântului (disociaţie intraverbală) cât şi la nivelul ideii, conceptului (disociaţie intranoietică).

Pe de altă parte, *formele limbajului* au o *valoare semnatică* ce se defineşte prin următoarele caracteristici: "Ea este: *relativă* la gândirea emiţătorului; *relaţională*, în strânsă legătură cu un tip determinat de cultură; *condiţionată*, legată de un cod, de un sistem de semne (limba folosită la un moment dat al istoriei); *expresivă*, adresând un mesaj ales dintr-o infinitate de alte mesaje pentru scopul şi sensul său (autonomie mentală); *secvenţială*, în mod obligatoriu fragmentată prin subdiviziune în unităţi semnificative" (J. Claret).

Toate aceste idei sunt rezumate astfel: *"Indeterminismului gândirii* (idee) îi corespunde *determinismul* expresiei (Formă). Ideea este aleatorie (autonomie a fiinţei gânditoare). Forma îşi impune sistemul

de valori şi de relaţii (ansamblu de semne convenţionale din care se compune o limbă), regulile sale precise (sintaxă), determinările sale (unităţi semnificative). Gândirea este aleatorie, indeterminată, datorită chiar multiplelor alegeri care se oferă conştiinţei (proces aleatoriu). Dar limbajul impune efectuarea unei alegeri: între toate posibilele pe care forma le permite simultan, una singură este realizabilă temporal (principiul terţiului exclus, principiul non-contradicţiei). Cuplul *dacă...atunci...* se aplică tuturor raţionamentelor având ca punct de plecare o idee generală" (J.Claret.)

Ca urmare, disociaţia ideo-verbală, intralingvistică intrafonetică, intrasintactică, intrasemantică, *interrelaţională, intrasecvenţială, intranoică*, etc., priveşte nu numai fenomenele de articulare în plan superior ideo-verbal, ci şi în plan ascendent de la nivelul articulării până la nivelul semnificării şi de la nivelul senzaţiei până la nivelul ideii sau conceptului. De aceea, considerăm că fenomenul disociativ are simultan caracter bio-psiho-social, indiferent de structura sistemului psihic al personalităţii luat în considerare. Fenomenul disociativ schizofrenic cuprinde atât aspectele intrasistemice ca şi intersistemice ale personalităţii.

Pe de altă parte, fenomenul disociativ îşi are grade diverse de manifestare şi sisteme dominante particulare din ansamblul personalităţii pe care le afectează în mod diferenţiat, încât se poate afirma că procesul disociativ îşi însuşeşte trăsături particulare şi se manifestă diferit, pe măsură ce ne ridicăm de la nivelul structurilor moleculare de mişcare a materiei, la viaţă şi de aici până la nivelul conştiinţei. De aceea, considerăm că în momentul în care se realizează procesul disociativ predominant la nivelul conştiinţei, disociaţia intranoetică şi intrasemantică are simultan un caracter de disociere cospaţială şi contemporală, se adresează tuturor articulaţiilor subsistemelor şi sistemelor personalităţii, realizând o veritabilă ataxie intrasubiectivă, intersubiectivă şi a relaţiilor subiectiv-obiective. Pe plan psiholingvistic, psihologic şi logic se va disoluţiona disociativ tridimensionalitatea interrelaţională şi interdependentă dintre *semn, obiect* şi *subiect* şi respectiv dintre *sintaxă, semnatică* şi *pragmatică*. Prin urmare,

disocierea, în cazul care ne interesează va cuprinde simultan *semnatica lingvistică* cât şi *semnatica logică*, ceea ce impune abordarea interdisciplinară pentru a evita interpretările subiective într-un domeniu atât de important al psihiatriei.

Se cunoaşte şi se pare, de asemenea, că procesele psihice superioare specific umane debutează cu reprezentarea şi de aici începe să se închege procesul de desfăşurare a noţiunii prin judecată, de aici începe legarea de cuvânt, prin aceste relaţii omul fiind capabil să se detaşeze de prezentul fenomenal-obiectual, legându-se de trecut şi proiectându-se în viitor. Cunoscând lucrurile, denumindu-le prin cuvânt, omul îşi însuşeşte idei-etalon, idei-motrice, idei standardizate ce vor fi prelucrate intrasubiectiv, montate în funcţie de experienţa şi capacitatea individuală de integrare ideo-afectivă. În acest proces omul îşi reprezintă fenomenele şi obiectele lumii prin intermediul cuvântului, al celui de-al doilea sistem de semnalizare, semne înmagazinate în creierul său ca un sistem integrat, iar prin semnificaţiile sale, în sistemul psihic conştient, ceea ce face ca *atât semnificantul cât şi semnificatul să devină sumultan fenomene şi procese psihice*. De aceea, în alegerea cuvintelor, în găsirea formei care să poată exprima conţinutul selectăm, sortăm, decodificăm mai ales preconcepte, idei, decât cuvinte şi, ca atare, nu putem despărţi forma de conţinutul gândirii, dar nici de activitatea de selectare a semnificaţiilor de către conştiinţă. În acest scop folosim gramatica, infrastructurile lingvistice moştenite şi preluate odată cu cunoaşterea fluxului caleidoscopic a lumii fenomenale şi obiectuale. De aceea, nu avea dreptate Hegel când se întreba: "*Formele* gândirii îşi găsesc mai întâi exteriorizarea în limbajul omului unde ele sunt, ca să spunem aşa, depuse?". De aceea, Bachelard scria: "Meditând la un cuvânt eşti sigur că vei găsi un sistem filozofic. Limba este mai bogată decât orice intuiţie. Auzim în cuvinte mai mult decât vedem în lucruri.". Deci, "dincolo" de cuvinte, universul magic al lucrurilor şi ideilor, semnificaţiile lor, sunt dependente de nivelul subiectiv de integrare ideo-afectivă, de vârstă, de cultură, etc.

De aici decurg, pentru subiectul care ne interesează în ceea ce priveşte semnatica, o serie de consecinţe, printre care menţionăm

disocierea dintre semnificant şi semnificat, incapacitatea de serie spaţială şi comportamentală a datelor reprezentării actuale, dificultăţile de decodificare a elementelor structurale depozitate, ce se află în discordanţă cu elementele prezentului, distortionarea mesajelor ce realizează nebuloasa generativă preconceptuală etc., de unde va decurge şi distorsionarea disociativă a relaţiei obiect, subiect ce se vor traduce în însăşi disocierea simultană a formei şi conţinutului, disocierea semnificantului şi semnificatului, iar de aici construirea unui univers simultan *parasemnificant, parasintactic, parasemnatic* şi deci şi *paralogic* cu predominanţa într-un sector sau altul al fenomenului disociativ. De aceea, considerăm că fenomenul disociativ semantic se manifestă în mod diferenţiat de la nivelul structurii articulare, fonetice, sintactice şi cuprinde, de asemenea, în grad diferit în funcţie de nivelul la care se organizează disocierea inclusiv structurarea paralogică. Pe de altă parte, având în vedere independenţa relativă a sistemelor lingvistice şi conceptuale, va rezulta o disociaţie predominant conceptuală sau verbală, procesele disociative putând fi predominante fie pe un sistem, fie pe altul, însă *disociaţia intrasemnatică* şi *intranoetică* vor exista diferenţiat în fiecare caz clinic în parte.

Perturbările semnatice dar şi paralogice vor fi identificate la nivelul cuvântului, sub forma neologismelor şi paralogismelor. Un grad ierarhic superior de perturbare în strânsă corelaţie cu cel precedent se va manifesta la nivelul frazei sub forma agramatismului şi paragramatismului, în fine, disociaţia se va manifesta la nivelul limbii sub forma evidentă, manifestă a disociaţiei semantice care va încorpora în structurile sale fenomenele disociative subjacente, concomitent cu cele intranoetice, inclusiv unitatea dialectică multilaterală şi interrelaţională semn-obiect-subiect-acţiune şi respectiv sintaxa-semantică-pragmatică, toate traducând perturbări profunde ale expresiei lingvistice şi a simbolismului său atât sub raport *sincronic* cât şi *diacronic*. Ca atare, se va constata această asitolie de tip ataxic cu structurarea unor *raporturi asincrono-adiacrone* care vor perturba *relaţiile sintagmatice* şi cele *paradigmatice* în raporturile lor necesare cu combinatorica şi paradigmele gândirii. Toate acestea vor face ca limbajul să nu mai poată

realiza unitatea necesară dintre concret şi abstract şi să traducă prin cuvânt *valoarea* şi *semnificaţia, unitatea* şi *diversitatea* vieţii interioare conştiente şi subconştiente a sistemului psihic al personalităţii.

Abordând perturbările semantice manifestate la nivelul limbii, vom deosebi următoarele aspecte:

*Schizofazia* (Kraepelin), *discordanţa verbală* (Chaslin) sau *kataţazia*. Kraepelin îngloba în termenul de schizofazie toate tulburările de limbaj vorbit ca şi a limbajului interior din schizofrenie. După definiţia lui E. Kraepelin, schizofazia reprezintă "un limbaj incomprehensibil care utilizează cuvinte în general uzuale."

E. Bleuler descriind tulburările de limbaj se apropie de descrierea lui E. Kraepelin, dar semnalând crearea unor neologisme pentru a exprima concepte noi, nu utilizează totuşi termenul de schizofazie, dar insită, precizând termenii de agramatism şi paragramatism. Bleuler considera că tulburările de limbaj din schizofrenie sunt expresia perturbării selective asociative a asociaţiilor diferitelor reprezentări ("disocierea reprezentărilor") verbale.

Chaslin vorbea despre discordanţa verbală pe care o delimita prin aceea că ea "califică un tip specific de discurs, în schizofrenie, a căror cuvinte, după câteva întortocheri de neânţeles constituie un galimatias zăpăcit de cuvinte reunite la voia întâmplării."

Pentru cei mai mulţi autori a rămas în uz termenul de schizofazie prin care se desemnează în mod obişnuit tulburarea de limbaj vorbit care este determinată de schimbarea sensului cuvintelor reale şi a neologismelor, ceea ce face ca discursul verbal să devină incomprehensibil, deşi ritmica frazei poate fi păstrată la fel ca şi limbajul mimico-gestual.

În literatura psihiatrică anglo-saxonă se utilizează termenul mai general şi nediferenţiat de "schizophrenic language" (Whitte, Kasanin, Sullivan, etc.).

H. Ey, referindu-se la complexul tulburărilor de limbaj din schizofrenie utilizează termenii de "distorsiune a sistemului verbal" şi atribuie termenul de "incoerenţă ideo-verbală terminală" pentru tulburările grave de limbaj din stările demenţiale ale schizofreniei. În

concepția lui H. Ey schizofrenia ar îngloba cele două sindroame descrise mai sus și distinge separat de acestea schizofazia fantastică, tulburare de limbaj care ar fi particulară parafreniei.

K. Kleist punea accentul, în cadrul schizofaziei, pe prezența neologismelor și a incoerenței cuvintelor, spre deosebire de Kraepelin care punea accentul pe confuzia gravă a exprimărilor verbale.

În schizofazie tulburările de limbaj pot fi atât de masive, încât se poate ajunge la o veritabilă confuzie verbală ce ia aspectul unei "*salate de cuvinte*", a unui verbiaj total neinteligibil.

În schizofazie are loc o puternică distorsionare a limbajului care influențează forma, conținutul și semnatica vorbirii. J.B. Carroll consideră că aceste manifestări sunt expresia unor lapsusuri și că distorsionările verbale "... reprezintă, evident, pauze de atenție și de control central al proceselor de vorbire ca și un efect al dinamicii motivaționale... Vorbirea de tip "salată de cuvinte" a schizofrenului poate fi considerată ca un rezultat a trei tendințe: 1) dezorganizarea comportamentului sintactic, adică o formă extremă a felului de dezorganizare care apare atunci când producem debuturi false sau schimbăm construcția gramaticală a unei fraze; 2) paranomia, tendința de a înlocui unele nume obișnuite ale lucrurilor cu substitute - neologisme sau alte simboluri foarte personale;
3) o labilitate crescută a asociațiilor verbale. Prima tendință este destul de evidentă când gândirea este dezorganizată; cea de-a doua poate fi rezultatul fricii sau al asociațiilor aversive evidate de numele obișnuite ale lucrurilor (analog cu cuvintele tabu) sau al unei motivații inconștiente de a construi un sistem personal de limbaj ideosincronic, care izolează pe pacient de ceilalți. A treia tendință accentuează modul de asociere haotică, ce poate fi produs de alcool, de anumite droguri sau chiar de anumite stări de extaz religios, când se eliberează inhibițiile normale față de legăturile intraverbale absurde sau triviale. În ciuda acestor deviații de formă și conținut lingvistic, nu există prea multe dovezi că pacienții pierd vreodată fonologia și gramatica de bază a limbii lor. Tulburările verbale pot fi privite ca un tip special de transformare a deprinderilor verbale".

Nu se pierde în aceste perturbări nici logica formală şi suntem înclinaţi să credem că se pierde îndeosebi logica naturală ale cărei legităţi încă nu le cunoaştem.

Ar mai fi de notat ca un element, uneori paradoxal, aşa cum sunt şi alte situaţii de acelaşi fel în schizofrenie, că unii bolnavi păstrează mult timp capacitatea unei inserţii socio-familiale elementare bazată îndeosebi pe punerea în tensiune de lucru a unor stereotipuri dinamice cu un grad crescut de automatism după cum, de asemenea, probabil că în virtutea aceluiaşi mecanism limbajul scris poate fi, la unii bolnavi, normal, aşa cum l-am întâlnit şi noi în mai multe cazuri personale în decursul anilor.

Bolnavul de schizofrenie în cursul dialogului face impresia că ascultă interlocutorul şi acceptă dialogul şi aceasta cu atât mai mult cu cât mişcările mimice interogatorii şi răspunsurile prin asonanţă sau uneori prin asociaţie semnificativă, dar trunchiată, crează senzaţia angajării sale în sensul întrebărilor ce i-au fost adresate. Observarea atentă însă, a discursului său ne arată că desfăşurarea sa verbală, precipitată se desfăşoară automat, fără oprire, prin cuvinte sau fragmente de frază înlănţuite dezordonat şi golite de orice conţinut semnatic pentru cel care-l ascultă. În felul acesta, *funcţiile expresive*, în raport cu emiţătorul, *conative*, în raport cu receptorul, *referenţiale*, în raport cu un sistem de concepte, aşa cum au fost formulate de Buhler referitoare la limbaj, sunt profunde disociate.

Remarcăm că manifestarea schizofazică nu apare evidentă atunci când dialogul este realizat prin întrebări scurte şi precise, ci în momentul când bolnavului incitat să vorbească, îi lăsăm posibilitatea să monologheze. În alte cazuri, schizofazia nu apare chiar de la începutul dialogului, ci după o perioadă de timp de discuţie cu pacientul, când sunt sau încep să se epuizeze "rezervele sale energetice". În cazurile terminale schizofazia cu formulele sale ermetice şi eliptice apare permanentă şi doar la unii bolnavi aceasta poate avea un caracter permanent încă din perioada de stare a bolii.

Această din urmă eventualitate l-a determinat pe K. Kleist şi apoi pe K. Leonhard să delimiteze în cadrul schizofreniei, pe baza unor

criterii pur simptomatologice, o formă clinică particulară, intitulată katafazia (schizofazia).

De remarcat că atât Kraepelin cât şi Kleist considerau că schizofazia este o tulburare de limbaj independentă de tulburările de gândire şi considerau astfel, având în vedere comportamentul diurn relativ integrat al bolnavilor, dar realizat, aşa cum subliniam mai sus, în virtutea unor modele sau stereotipuri dinamice, mai mult sau mai puţin automatizate şi relativ suficiente pentru adaptarea la condiţiile simple de viaţă.

K. Leonhard vorbeşte de *katafazie agitată* şi de o *katafazie inhibată*. Katafazia agitată se caracterizată, după psihiatrul german, prin verbigeraţie neinteligibilă, în timp ce katafazia inhibată se caracterizează, în cazurile grave, prin *mutism*, iar în cele mai uşoare forme prin *sărăcire verbală*.

În catafazia agitată bolnavii se exprimă cu vioiciune dar, din comunicarea lor nu se înţelege nimic.

Se observă, în katafazie, frecvent tulburări gramaticale, în sensul că există nu propoziţii întregi, ci fragmente de propoziţii, apar frecvent distorsiuni de declinare sau de conjugare, acorduri gramaticale bizare, substantive folosite la cazul nominativ în loc de persoana a treia a unui mod sau timp corespunzător. Discursul bolnavului are o asemenea falsă fluenţă, încât suntem surprinşi de a nu înţelege nimic şi de a nu sesiza structura cea mai elementară a propoziţiei. K.Leonhard subliniază, de asemenea, că gândirea acestor bolnavi îşi poate concretiza o formă relativ satisfăcătoare, dacă sunt întrebaţi asupra unor stări de lucruri concrete, legate de activitatea lor cotidiană. Noi considerăm această trăsătură ca fiind mai generală, şi apare încă de la începutul bolii şi caracterizează cvasitotalitatea lor bolnavii cu schizofazie. Această perturbare care constă dintr-un amestec de scurte perioade de coerenţă ideo-verbală ce alternează cu o exprimare ideo-verbală incoerentă, ar fi expresia dialectic contradictorie, dintre ceea ce este normal şi anormal în gândirea bolnavului de schizofrenie. Această perturbare are grade diferite de exprimare încât la debutul bolii sau în perioadele de ameliorare, remisiune, bolnavii pot purta o discuţie relativ logică, dar

totuşi disociată ce se exprimă doar printr-un mod mai puţin obişnuit de exprimare. Dislogismul apare mai evident dacă-i solicităm pacientului să răspundă la întrebări al căror răspuns solicită, evident, mai mult mobilizarea unor sisteme operaţionale superioare de inteligenţă. Aceasta iese mai mult în evidenţă atunci când se solicită explicarea unor proverbe şi cu atât mai mult a unor propoziţii cu conţinut paradoxal. În aceste cazuri iniţierea răspunsului este logică, continuarea sa însă devine paralogică în mod deosebit prin devierile frecvente verbale.

Tot în cazul bolnavilor catafazici, K. Leonhard, deşi constată disociaţia ideo-verbală, însă, în unele cazuri, pe prim plan pot apare mai evidente tulburările de limbaj manifestate sub forma neologismelor sau disociaţiilor intrafonetice, aspectul clinic al tulburărilor de limbaj având forma verbigeraţiei.

În *katafazia inhibată*, pe prim plan apare mutismul, în care caz se pune problema diagnosticului diferenţial cu psihozele confuzive, dar nu apare, ca la acestea din urmă, privirea rătăcită şi psihomotricitatea dezordonată. Bolnavul katafazic inhibat îşi păstrează psihomotricitatea relativ nemodificată, mimica traduce indiferentismul, hipotonia masivă a afectivităţii, deşi manifestările de tip catatonic nu sunt atât de evidente. Katafazia inhibată traduce în expresivitatea verbală o pseudo-incoerenţă şi o sărăcie a vocabularului, deşi inhibiţia ideatorie nu este atât de pronunţată ca cea verbală.

De remarcat că în sens evolutiv, katafazia poate oscila între stări de agitaţie şi mutism, care au o evoluţie lent progresivă, alteori periodică, iar în unele cazuri, puţine ca număr, se pot constata remisiuni ce pot merge până la vindecare.

Schizofazia a fost asemănată de H. Claude şi Pfersdorff cu parafrazia afaziilor tip Wernicke.

G. Otremba, relatează un număr de 7 cazuri de psihoză care, după clasificarea lui Leonhard, se referă la katafazie. General pentru toate cazurile apare tulburarea de gândire şi vorbire. Paralogiile adesea duc la disocierea gândirii, iar în unele cazuri la incoerenţă. În cercetarea tulburărilor de limbaj, înainte de toate, se vor descoperi neologisme.

înlocuiri de cuvinte, iar para- şi agramatismele se vor întâlni mai puţin frecvent; încă şi mai rare vor fi înlocuirile de cuvinte.

R. Ruzickova, D. Bily, A. Vyhnankova au efectuat cercetări clinice şi experimentale pe un număr de 20 bolnavi suferind de schizofrenie cronică cu tulburări de vorbire (*schizofazie)* şi la 20 bolnvi cu afazie expresivă şi amnestică. Bolnavii de schizofrenie au fost împărţiţi în două grupe: prima grupă se caracteriza prin posibilitatea de a forma neologisme stabile în lipsa unei incoerenţe manifeste a limbajului, prin păstrarea unei bune capacităţi de muncă şi a unui comportament adecvat; în a doua grupă, agramatisme stabile şi iraţionale şi improvizaţii cu caracter de neologisme; de la debutul bolii s-au observat incoerenţe ale vorbirii şi simptome catatonice. Comportamentul bolnavilor era mai puţin adecvat, capacitatea de muncă scăzută în mod important. La toţi bolnavii de schizofrenie cu tulburări de vorbire s-au evidenţiat şi tulburări profunde ale proceselor de gândire. S-a studiat problema interelaţiilor dintre nivelul intelectual premorbid şi gradul de incoerenţă a vorbirii în ultimile stadii ale bolii, şi, de asemenea, influenţa ereditaţii asupra evoluţiei bolii. Autorii consideră că schizofazia apare ca fază terminală a schizofreniei, cel mai adesea în formele catatonice şi paranoide. Datele cercetărilor de laborator la bolnavii din grupa de control se deosebesc în mod esenţial de lotul de bolnavi, iar la bolnavii de schizofrenie nu s-au evidenţiat tulburări ale limbajului de tip afazic.

*Glosolalia lui H. Flournoy* se caracterizează printr-o deformare fonetică a tuturor cuvintelor frazei, bolnavii construind imaginativ un limbaj nou din silabe şi cuvinte fără sens, utilizate la întâmplare, cu o fixitate uneori remarcabilă asemantică, cu reguli sintactice elementare, limbaj pe care unii bolnavi îl îmbogăţesc permanent, după modele pe care doar ei le înţeleg. Deşi glosolalia apare excepţional în cazul schizofreniei, ea nu are un aspect atât de automatic pe cât s-a crezut şi sensuri atât de incifrate şi noninteligibile cum s-a presupus.

Spre deosebire de glosolalie, în *pseudoglosolalie* este caracteristică deformarea fonetică sistematică a tuturor cuvintelor frazei, rezultând un limbaj abstract diferenţiat de cel normal, dar care este

comprehensibil în toate cazurile, având caracteristicile unui limbaj de tip "argot".

Atât glosolalia cât şi pseudoglosolalia vor fi deosebite de *glosomanie*. În cazul glosomaniei (Cenac) se realizează un limbaj neoformat, asintactic şi în care cuvintele nu au un înţeles constant. Producţia glosomaniacă are caracterul unui divertisment, pronunţarea cuvintelor având aspectul unui joc sau a unei producţii voite, rezultând din aceasta un limbaj straniu deposedat de sens atât pentru cel care vorbeşte cât şi pentru cel care ascultă şi prin aceasta fiind deposedat de valoarea sa comunicaţională, informativă.

Glosomania se deosebeşte de glosolalie în care se constată o veritabilă producţie noologică, cu înţeles, dar şi de pseudoglosolalie, care, ca producţie verbală este comprehensibilă şi nu conţine neologisme. Glosomania nu va fi, deasemenea, asimilată *glosofobiei*, aceasta din urmă fiind denumită şi ea cu termenul de glosomanie şi care constă în preocuparea obsesivă a unor bolnavi de a-şi autoexamina cvasipermanent limba.

Cenac arată că în glosomanie bolnavul vorbeşte un limbaj artificial, personal şi secret. Alteori, cuvintele bolnavului sunt goale, absente, aşa cum vorbesc de obicei oamenii în somn. Se întâlnesc anomalii de limbaj, cum ar fi stereotipiile (verbigeraţia) care preced manierismele. Ele constau în repetarea monotonă, fără sens a unor părţi de propoziţie sau, uneori, propoziţii legate prin rime, cu conţinut coprolalic sau ecolalic.

Legătura dintre concepţiile bolnavului şi exprimarea lor prin cuvinte este foarte slabă, întâlnindu-se bolnavi foarte inteligenţi care folosesc un limbaj incoerent, sau invers, bolnavi care, deşi au tulburări mari ale ideaţiei, au un limbaj satisfăcător. De aceea, în schizofrenie este necesar a diferenţia incoerenţa cuvintelor de aceea a ideilor. În *verbigeraţie*, cuvintele îşi pierd treptat sensul, ajungând, în final, la o însuşire de cuvinte fără nici un înţeles (Kraft Ebing). Aceste tulburări de limbaj au o mare asemănare cu limbajul interior din stările de vis.

Th. Flournoy, în lucrarea sa privind limbajul Helenei Smith, emite opinia că limbajul unor bolnavi de schizofrenie ar avea caracterul

unui joc şi ar reprezenta o "reapariţie şi noi pusee ale instinctului primordial al jocului". În fond, acesta ar fi o manifestare a lui *homo ludens* care, totuşi, după opinia noastră, nu poate să nu fie şi *homo significans* sau *homo semioticus*, atribute fundamentale, esenţiale ale lui *homo faber*. În lucrarea lui Th. Flournoy se expune limbajul marţian al Helenei, în cazul unui copil de 9 ani care compusese, în scop ludic "spre a se amuza" un imn naţional al planetei Marte pe care-l intitulase "Chintoa nitacuiloa Mirsoa". Legat de acest caz, Flournay introduce în psihopatologia limbajului denumirea de *"teorie jocală"* (jocul = joc, glumă) de unde şi numele de *teorie ludică* (ludus = joc, spectacol), pe care o întâlnim şi la Tuczek, Divry şi Vassar, Cenac şi A. Schneider şi, de asemenea, la Schelderup şi J. Bobon. Acest din urmă autor, într-o lucrare a sa "De la angoasă la jocul verbal - un caz de glosomanie posttraumatică" (1961), studiind tulburările de limbaj în schizofrenie, expune cazul unui bolnav - Charle, care crease un pseudolimbaj ca un mijloc de derivare a spaimei, prin care se căuta o compensare a acesteia. În concepţia lui J. Bobon, de esenţă psihanalitică, jocul exprimă una din modalităţile de reducere a tensiunii, un mod de a evada din constrângerile sinelui şi de a fugi de realitatea angoasantă. Aici J. Bobon, adoptă, evident, punctul de vedere freudian care consideră atât jocul, ca dealtfel şi euforia morbidă, ca mijloace de compensare, adoptate de bolnav pentru a jugula spaima fundamentală.

Aşa cum se vede, şi teoria jocului exprimă, de fapt, sub o altă manieră de a explica tulburările de limbaj în schizofrenie şi, anume aceea a regresiunii, din moment ce jocul însuşi este considerat ca o regresie la un stadiu anterior de dezvoltare ontogenetică, la o preocupare specifică copilăriei.

În legătură cu fenomenul de regresiune al limbajului bolnavilor de schizofrenie, îndeosebi pentru neologisme, se apropie de multe ori comportamentul lingvistic al acestor bolnavi de acela al copiilor şi primitivilor. Tanzi vorbeşte pentru prima dată despre regresiunea limbajului în stadiul infantil sau primitiv al personalităţii, acest punct de vedere fiind apoi adoptat şi susţinut de către Sanctis şi Logarini (1990), Th. Flournoy (1900, 1910), A. Maeder (1910), K. Tuczek (1921), E.

von Domarus (1924), Schilder şi Sugar (1926), G. Teulie (1927), Schelderup (1931), Lucie Jessner (1931), E. Stengel (1937), confirmat apoi de către Levy-Bruhl asupra mentalităţii popoarelor primitive şi de J. Piaget prin studiile sale asupra psihologiei copilului.

Tanzi considera că există o "unitate de timp în constituţia şi tendinţele spiritului uman" şi de aceea, vorbind despre delir amintea că "ideea delirantă constituie o parte atât de integrantă a omului, încât pentru anumite popoare, ea constituie expresia cea mai înaltă a gândirii normale" şi, totodată, afirma că delirul reprezintă "reapariţia sub formă conştientă şi quasi-spaţială a unei superstiţii până atunci subconştientă, într-un creier dezvoltat." Referindu-se la crearea neologismelor, Tanzi preciza că: "Delirul provoacă efloreşcenţa neologismului, cultul formalist al numelui şi al numărului."

*Schizoparafazia* (Bobon), reprezintă o disoluţie extremă semantică, deoarece, aşa cum observa Bobon, "bolnavii nu scriu ceea ce spun şi nu citesc ceea ce au scris, ca şi cum ar fi parafazici." Aşa cum rezultă din cele expuse de Bobon, schizoparafazia ar însemna, în acelaşi timp o *schizoparalexie* şi o *schizoparagrafie*, în sensul că bolnavii introduc litere sau silabe în plus în cuvintele unui text pe care-l citesc sau care le este dictat.

Schizoparafazia poate apare fie în sensul unei schizoparafazii predominant morfologice sau a unei schizoparafazii predominant semantice. În *schizofazia morfologică* în care se substituie un cuvânt printr-un alt cuvânt aparţinând aceluiaşi câmp semnatic. În cazul *schizoparafaziei semnatice*, deşi mai greu de identificat, cel mai frecvent interesează structura monemelor gramaticale.

În schizoparafazie nu este vorba de o simplă paralogie verbală şi nici de parafazie, având în vedere că aparatul limbajului este intact.

Schizoparafazia va fi deosebită de schizofazia în care se înregistrează o adevărată salată de cuvinte, o confuzie verbală, dar în care structura unităţilor complexe lexico-gramaticale este disociată şi nu se integrează în enunţuri, au existenţă molară, sensul gramatical fiind deposedat de legăturile normale cu sensul logic, iar sensurile lexicale nu mai pot realiza legătura firească dintre realitatea obiectivă şi cu noţiunile

logice în mod corelativ. În schizofazie s-a observat că are loc o dezintegrare a alfabetului morfemic cu care se construieşte limba, datorită unor combinări selective paralogice de morfeme disociate atât pe axele paradigmatice ca şi pe cele sintagmatice, ceea ce perturbă competenţa lingvistică graţie dezorganizării legăturilor normale ideo-verbale. În acest context apar unităţi lingvistice nesemnificative, asimbolice care nu mai permit interlocutorului adaptarea la realitatea obiectivă extralingvistică, ceea ce perturbă în final latura semnatică a comunicării, a relaţiilor dintre semnificat şi semnificant. Această disociere a cuvântului în unităţi nesemnificative, are ca efect *tulburarea funcţiei lingvistice de informare*. Prin perturbarea unităţilor semnificative ale cuvântului (rădăcină, sufix, desinenţă, etc), a construirii neologismelor, pseudoneologismelor sau a unor nooexpresii verbale în asincronie cu realitatea limbii, se reflectă pierderea relaţiilor cauzale dintre cuvinte ce se regrupează disociativ spaţio-temporal de la nivelul morfemului până la nivelului semnificaţiilor ideo-verbale superioare. Această disociere profundă are ca efect un limbaj de aspect automatic, golit de calităţile sale informaţionale în raport cu realitatea obiectivă şi intrasubiectivă. În acest sens, suntem înclinaţi să încadrăm "Impulsiunile verbale ale lui Brosius, neologismele stereotipate ale lui Kahlbaum, zarva sunetelor lui Kraepelin, mormăielile silabice ale lui Clerambault ... verbigeraţia lui Kahlbaum, psitacismul lui Cotard, glosomania lui Cenac, kenoglosia lui Stukhlik şi pseudolalia lui Stoddart" (cf. L. Michaux) în cadrul disoluţiei funcţiei lingvistice de informare, dacă avem în vedere faptul că conceptele nu pot fi subiectivate şi respectiv obiectivate în cadrul interrelaţiilor umane decât într-un spaţiu semnatic pluridimensional pe baza unui cod lingvistic comunitar în care structura fonetică, sensul gramatical şi sensul lexical sunt inseparabile de structura morfo-funcţională cerebrală şi totodată absolut necesare în crearea unităţilor minime inter- şi intrasemnificative.

În mod normal, sistemele şi tendinţele fonetice nici nu ar putea avea loc, dacă am exclude din consideraţiile de mai sus partea fiziologică a limbajului. Sunetele unei limbi alcătuiesc un sistem, adică sunt ceva sistematic, ordonat şi coordonat, ceva care prezintă o unitate,

un întreg şi care, dacă prezintă unele aspecte, exclude pe altele. Schimbările fonetice, de asemenea, au într-o anumită limbă câteva direcţii generative în sensul lui Chomsky şi în care se pot încadra cu toate acestea precum şi dacă unele sunete se schimbă într-o direcţie, alte sunete înrudite se schimbă şi ele în aceeaşi direcţie. Dacă partea fiziologică a limbajului nu ar fi activă prin ea însăşi şi ar acţiona generativ numai sub iniţiativa altor părţi ale limbajului, simetria, ordinea şi determinarea internă reciprocă a părţilor sistemului ar fi de neexplicat, căci în acel caz sistemul ar trebui să fie un produs al impresiilor acustice. Afirmarea repetată a lui Trubetzkoy că fonemul face parte dintr-un singur sistem fiind o unitate cu funcţie distinctă, pare greşită. Tot aşa, dacă schimbările fonetice nu s-ar produce în planul fiziologic, ar fi inexplicabil de ce o schimbare fonetică dintr-o limbă implică şi altele. Dacă numai spiritul ar fi mobilul schimbării, asemenea categorii de schimbări fonetice n-ar avea loc. Dar ele există şi nu putem admite că se datoresc hazardului (G. Ivănescu, 1983, p. 277).

G. Ivănescu (1983), referindu-se la categoriile de schimbări fonetice menţionează că unele sunt considerate numai din punctul de vedere al articulaţiilor, altele din punctul de vedere al sunetului (fonemului). Citindu-l pe Grammont, autorul arată că acesta menţionează din numărul nemăsurat al schimbărilor fonetice următoarele categorii: *"asimilaţii, diferenţieri, interversiuni, dilaţii, disimilaţii* şi *metateze* (cu termenii mai cunoscuţi asimilaţi, disimilaţi şi metateze, la sunetele vecine primele trei şi la sunetele îndepărtate celelalte"). În ce priveşte sincopa, epeuteza, etc., acestea au fost luate în considerare de A. Noreen, care divide schimbările fonetice în trei mari clase: *eliminare* sau *cădere*, *ascensiune* sau *adăugare* şi *pronunţare* sau *înlocuire*, clasificare "făcută din punctul de vedere al urechii", acestea trei categorii de schimbări fonetice trebuind să stea, după opinia lui G. Ivănescu, la baza foneticii evolutive şi la care trebuiesc adăugate schimbările de articulaţii.

Ceea ce ni se pare interesant din punctul de vedere al tulburărilor de limbaj în raport cu tipurile de schimbări fonetice despre care am arătat mai sus, sunt următoarele precizări pe care le

consemnează G. Ivănescu: "Am vorbit până acum numai despre schimbările de articulații. Dar în limbă se mai produc și altfel de schimbări fonetice: unele care sunt originale audiții incomplete sau greșite (vor fi existând și altfel de schimbări, numai că nu avem criterii de a le distinge de celelalte) și altele care se produc la reprezentările de sunte (aici ar trebui să înțelegem, poate, numai schimbările care ar proveni din aducerea aminte, sub o formă neexactă a unui simbol oarecare), toate sporadice. Și acestea se produc în alte domenii decât acela pe care l-am putea numi fonetic. Dar lingvistul le prospectează în unicul domeniul care contează pentru individul vorbitor, acela al sunetelor, și, cu toate că ele sunt psihologice de audiție, sau psihologice de memorie, sunt numite, exact ca și schimbările de articulație, schimbări fonetice. Știința care s-ar ocupa cu ele n-ar fi' decât o psihologie aplicată a audițiilor și a aducerilor aminte, comparabilă cu fiziologia schimbărilor de articulații. Dar ele vor fi studiate și de fonetica evolutivă, așa cum o înțelegem noi" (p. 275).

G. Ivănescu arată că însăși silaba constituită din sunete și variantele lor combinatorii au o funcție distinctivă și o valoare de simbol, dar aceasta numai ca elemente ale cuvântului (sintagmei). "Cuvântul și fraza nu sunt numai unități de înțelesuri, unități ale simbolizatului și nu sunt numai simple simboale, ci și o unitate fiziologică, prin urmare, și fonetică... Cuvântul și fraza sunt realități care trebuie luate în considerație și de fonetică și de fiziologia articulațiilor... Nu mai este vorba de cuvânt ca realitate gramaticală și lexicală, ci de cuvânt, abstracție făcând de sensul lui și al formei gramaticale care intră în compoziția lui, ca și cum ar fi o simplă înlănțuire de sunete sau, mai bine zis, de silabe, fără înțeles, constituind totuși o realitate fizică și fiziologică. Desigur, aglomerarea de material la care ne referim este legată de un sens, și acela îi menține unitatea..." (p.279).

Un loc aparte în apariția tulburărilor de limbaj în schizofrenie aparține stărilor hipnoide. Snell (1852) aseamănă tulburările de limbaj din bolile psihice cu perturbările limbajului interior din timpul visului, remarcând că în vis pot apare unele cuvinte bizare, necunoscute,

adevărate neologisme. Dar aceeaşi idee o găsim exprimată de Th. Flournoy atunci când studiind limbajul marţian al pacientei sale, sublinia că neologismele apăreau atunci când pacienta se afla "...recăzută momentan, graţie visului, într-o fază anterioară a dezvoltării sale". Avem aici o asociere a teoriei visului şi a teoriei regresiunii. S. Freud va accentua aceste relaţii conferindu-le o bază instinctiv-sexuală, considerând neologismele din cursul visului normal sau patologic ca fiind "...compuşi din fragmente având o semnificaţie sexuală".

E. Kraepelin (1910) acordă o atenţie particulară relaţiilor de asemănare dintre limbajul bolnavilor de schizofrenie şi aspectele limbajului interior la omul normal din stările de vis. Tulburări ale limbajului interior din vis apar, de asemenea, la copilul normal, în stările de reverie la adultul normal ca şi la copil, dar şi la bolnavii adulţi prezentând fenomene afazice, delir alcoolic, etc. Pentru toate aceste cazuri E. Kraepelin consideră că este particulară o relaxare a raporturilor dintre procesele de reprezentare şi expresiile lor verbale.

W. Gerson, studiind relaţiile dintre limbaj şi gândire în schizofrenie, sublinia slaba precizie a reprezentărilor ideative, laxitatea legăturilor asociative şi caracterul lor singular, ceea ce i-a permis autorului să compare gândirea bolnavului de schizofrenie cu gândirea celui care visează şi care se caracterizează prin: "absenţa principiului director al raţiunii". Ceea ce se cuvine să sublinieze în legătură cu concepţia lui W. Gerson este că noi nu ne putem imagina noţiuni şi cu atât mai mult concepte, iar în ce priveşte starea hipnoidă responsabilă de apariţia tulburărilor de limbaj din schizofrenie şi la "absenţa principiului director al raţiunii", noi considerăm că aici apare o perturbare, o distorsionare, o disoluţie a noţiunilor şi o relaxare a nivelului de conştiinţă, dacă avem în vedere că conştiinţa reglează îndeosebi sistemele operatorii ale semnificaţiilor.

În toate tulburările de limbaj din schizofrenie se manifestă această disociaţie a sistemelor funcţionale ierarhice ale limbajului, după mecanismele pe care le discută din punct de vedere lingvistic G. Ivănescu şi pe care S. Piro a încercat să le sistematizeze, predominant după nivelul sau intensitatea disociativă semantică.

S. Piro înțelege prin disociație semnatică perturbarea relațiilor care unesc semnul și sensul. Relaxarea legăturilor dintre semn și sens cu slăbirea relațiilor care unesc structurile formale, fonematice, morfemice, sintagmatice de complexul de relații semantice referențiale și emotive, cu păstrarea consecutivă a funcțiilor limbajului, în cazurile grave, se constituie ca particularități caracteristice pentru perturbările semantice din schizofrenie. De aici nu urmează însă a considera că perturbările semnatice s-ar adresa doar nivelului superior al câmpului lingvistic ci, dimpotrivă, așa cum se desprinde și din opiniile formulate de G. Ivănescu noi considerăm că atunci când abordăm tulburările semnatice în schizofrenie, acestea trebuiesc considerate de la nivelul articulației până la cel al simbolului semnului și sensului pe de o parte, iar pe de altă parte se cere a cerceta dacă disoluția semnatică în schizofrenie nu apare mai ales ca fenomen predominant neurofiziologic și respectiv psihopatologic, în care sunt implicate nu numai sistemele și subsistemele limbii, dar, în același timp, ale gândirii, toate ca urmare ale perturbării substratului morfo-funcțional dinamic cerebral. Tot în legătură cu cele de mai sus ar fi de luat în considerare nivelul conștiinței lingvistice, a cărei esență este de natură predominant socială și, prin urmare, implicarea în procesul patologic al unor structuri ideo-verbale superioare, mai fragile în raport cu procesul disociativ. În aceeași ordine de idei ar fi, de asemenea, interesant de studiat frecvența arhifonemelor și paleofonemelor sub aspect generativ sincronic și diacronic.

În fine, ar fi, de asemenea, interesant de observat efectul perturbator intrapsihic cu consecințe asupra structurii semnatice, prin bruiaj comunicațional interindividual și eventual efectul organizator din punct de vedere semnatic al comunicării sociale asupra bolnavilor de schizofrenie cu disociație semnatică. Ne referim la fenomenele de cristalizare ordonată și coordonate psihoterapeutic.

Cu aceste precizări amintim că, din punctul de vedere al lui S. Piro "disociația semnatică" în schizofrenie se exprimă din planul conștiinței prin următoarele grade diferențiate în funcție de gravitatea crescândă a procesului disociativ:

1. *Creşterea sau lărgirea haloului semnatic*, în care se constată o extindere anormală a sensului (înţelesului) unui cuvânt sau a frazei. Lărgirea haloului semnatic este cu atât mai mare cu cât cuvântul este mai abstract, bolnavul înglobând într-un singur cuvânt mai multe obiecte sau calităţi diferite. Acestea ar fi o saturaţie destinată a sensului în dauna clarităţii înţelesului, fenomen care aminteşte de *"gândirea complexuală"* care, după L.S. Vîgotski este particulară schizofreniei. Deşi din punct de vedere fonematic claritatea şi saturaţia ca elemente formale aparent sunt păstrate, unitatea lor ca sens este perturbată. Lărgirea sau extinderea haloului semnatic se realizează, după S. Piro, prin următoarele modalităţi:

a. lărgirea haloului unui semn sau a unei clase de semne;

b. lărgirea haloului frazei sau a vorbirii care se exprimă printr-un limbaj nedeterminat, metaforic, simbolic, ambiguu.

În aceste cazuri, sunetele şi variantele lor combinatorii nu mai au funcţie distinctivă şi valoare de simbol, deoarece, de pierde concomitent unitatea înţelesului şi a simbolului, unitatea fiziologică şi deci fonetică. Prin urmare, această disoluţie nu este numai pur semnatică ci şi ideativă la fel ca şi celelalte tipuri de disoluţie care urmează.

2. *Dispersia semnatică* este o diminuare mai accentuată a semnificaţiei cuvântului cu extensie asupra frazei şi discursului şi care se manifestă sub forma paragramatismului şi agramatismului. Sensul cuvântului, frazei, vorbirii în cazul dispersiei semantice este sărăcit evident, bolnavul exprimându-se incoerent, dezvoltând o adevărată confuzie verbală, cu verbigeraţie, "salată de cuvinte", în toate acestea irupând automatismele verbo-motorii. Pacienţii au posibilitatea să folosească limbajul, însă, datorită faptului că disociaţia ideo-verbală, intranoică şi intralingvistică se extinde printr-o împrăştiere dezordonată, legăturile semnificat-semnificant devin deosebit de fragile, semnificantul suferind cel mai mai mult.

3. *Akatafazia* (Steinthal) este considerată de către S. Piro la același nivel de disociere semantică și respectiv de disociere intranoico-verbală ca și dispersia semnatică numai că, în cazul akatafaziei, dispersia semnatică nu este completă, bolnavul oscilând între paragramatism și limbajul schizofreniei obișnuit, discursul verbal însușindu-și un caracter alambicat, afectat în stilul manierismelor discordante.

4. *Distorsiune semnatică* este reprezentată de un limbaj constituit din paralogisme, neologisme, tulburări fonetice și verbo-structurale sau un mod expresiv neologic și neografic ce rezultă din trecerea semnului la un alt sens, formarea unui nou sunet, deformarea fonetică prin eliminare, adăugare sau înlocuire de structuri verbale diferite, un fel de altoire a sensului pe o altă structură fonetică cu totul diferită. Distorsiunea semnatică realizează o deformare fonetică sistematizată, aparent coerentă, însă cu trăsături glosolalice în care sensul și semnificația sunt cunoscute doar pacientului și având, deci, caracterul unui "limbaj privat" care nu poate deveni, grație transformărilor hipnoice paralogice și paralingvistice operate, un "limbaj public" în accepțiunea lui Russel care, de asemenea, vorbește și de un "limbaj privat".

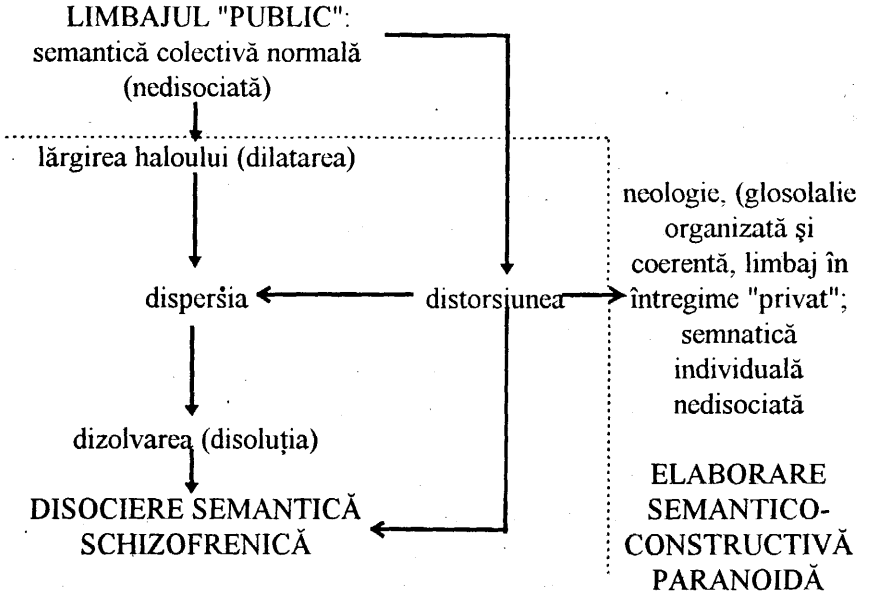
5. *Disoluția (dizolvarea) semnatică* realizează în modul cel mai complet și în cel mai însemnat grad disocierea dintre semnificat și semnificant. În dizolvarea semnatică discordanța ideo-verbală este deosebit de profundă, iar uzajul lingvistic al limbajului se reduce la un fel de manipulări ludice, automatice, joc fonematic cu alură de pură motricitate, total lipsit de sens și de valoare, manifeste sub forma impulsiunilor verbale, stereotipiilor abundente, ecolalie, cantilene și litanii verbigeratorii și declamatorii, glosomanie, schizofazie, fenomene care, în cazul limbajului scris va lua aspectul schizografiei iar a cititului de schizoparalexie. Disoluția semnatică afectează în totalitatew funcțiile

limbajului, cointeresând simultan aspectele sintactice, semantice şi pragmatice. În ce priveşte personalitatea se constată, totodată inclusiv disoluţia procesualităţii îndeosebi în ceea ce aceasta are superior în structurile sale, dacă se are în vedere că disoluţia semnatică se constată mai frecvent în demenţele schizofrenice, în fazele sau decompensările acute sau supraacute, în stările de agitaţie psihomotorie. În fazele iniţiale ale bolii, disoluţia semnatică se va manifeta mai ales sub forma impulsiunilor sau stereotipiilor verbale. Din cele de mai sus, nu urmează să se înţeleagă, de asemenea, că manifestările de disoluţie semantică cu caracter remisiv nu pot avea loc şi în alte faze evolutive ale bolii.

Însăşi perturbarea personalităţii, în caz de disoluţie semnatică, are unele particularităţi în sensul ieşirii la suprafaţă a unor structuri afective primare arhi şi paleopsihice, cu manifestare eronată, lipsită de unitate în absenţa unităţii expresive, astfel încât limbajul "câştigă în atmosferă ceea ce a pierdut în rezonanţă, atmosfera de nehotărâre, nesiguranţă, stranietate, coincizând cu abstracţia sistematică în gol"... "Formal, mai mult sau mai puţin desemantizat, fluid şi dispărând, e adesea impresionant şi de multe ori prin estetic" (Piro).

Raportarea formelor de disociere semnatică de mai sus la un anume tip de tulburare expresivă este relativă. Dilatarea haloului semnatic, din punct de vedere lingvistic şi, după opinia noastră, ca şi din punctul de vedere al disociaţiei intranoetice, este forma cea mai atenuată, cea mai puţin gravă (dacă ne putem exprima astfel), în timp ce disoluţia semnatică este forma cea mai gravă. Dispersia şi distorsiunea semnatică ocupă o poziţie medie, intermediară.

Rezumând cele de mai sus, S. Piro construieşte următoarea schemă pe care o reproducem pentru avantajul ei intuitiv, ca şi pentru a facilita discuţia privind tulburările semantice şi direcţia lor:




În ce privește gradul perturbărilor, se constată că există o continuitate descendentă spre profunzime de la nivelul dilatării haloului semantic spre dizolvarea (disoluția) semnatică cu sărăcirea progresivă a sensurilor, putându-se ajunge, în final, până la o vertabilă desemantizare, concomitent cu dezorganizarea progresivă sintactică și pragmatică a limbajului, și respectiv a utilizării sale. Menționăm, de asemenea, că procesul de distorsiune semantică este mai puțin grav decât dispersia, dar evident mai grav decât dilatarea haloului semnatic. Totodată, distorsiunea semantică poate intra prin intermediul dispersiei semnatice pe calea ce duce la disoluția semnatică, iar pe de altă parte, prin construcțiile și transformările noologice pare deschisă spre glosolalie, cu limbaj personal, încifrat, cu construcție semnatică

individuală ce nu posedă un veritabil grad de disociere ideo-verbală ca în cazul dispersiei semantice.

Dacă avem în vedere că limbajul normal operează el însuşi după legi naturale proprii operaţiuni de disociere a cuvântului în unităţi funcţionale semnificative (rădăcini, temă, sufix, designenţă, etc), cu funcţii şi forme specifice a căror unitate se manifestă în cadrul cuvântului, atunci vom înţelege că perturbările de limbaj despre care am amintit până aici au ca punct de plecare legităţile lingvistice particulare, utilizate în mod normal, în care conştiinţa-gândirea, procesele afective şi celelalte structuri componente ale sistemului psihic care participă la elaborarea structurilor ideo-verbale vor fi perturbate simultan în câmpul generativ sub aspectul relaţiilor semn-obiect-subiect şi respectiv a conexiunilor dialectice dintre sintaxă-semnatică-pragmatică. Ca urmare, fenomenele disociative se vor raporta la disocierea relaţiilor dintre semne, dintre semne şi obiectele pe care acestea le desemnează, dintre semne şi subiecţii care prin interiorizare le conferă semnificaţie în cadrul transformărilor polivalente ale enunţurilor. Prin urmare, din punct de vedere lingvistic sub raport sintactic vom constata o disociaţie a relaţiilor dintre semne în construirea cuvintelor şi frazelor prin alterarea structurilor de transformare: din punct de vedere semnatic se vor perturba relaţiile dintre semne şi obiectele la care se referă, deci se va remarca o perturbare a relaţiei semnificat-semnificant, iar din punct de vedere pragmatic se va realiza disociaţia relaţiilor dintre semne şi subiecţii care le folosesc. Toate acestea vor afecta din punct de vedere pragmatic dialogul şi competenţa lingvistică, relativând sistemul conceptual şi de codificare ce afectează totodată comunicarea.

"Sistemul lingvistic de bază (cu alte cuvinte gramatica) al fiecărei limbi nu este numai un instument de reproducere pentru redarea ideilor, ci mai degrabă este în sine modelatorul ideilor, programul şi ghidul pentru activitatea mentală a individului, pentru analiza impresiilor sale, pentru sinteza stocului său mental de schimb. Formularea ideilor nu este un proces independent, strict raţional în sensul vechi, ci este

parte a unei anume gramatici şi diferă, de la puţin la important, aşa cum diferă şi diversele gramatici. Noi disecăm natura după liniile fixate de limbile noastre materne. Categoriile şi tipurile pe care le izolăm din lumea fenomenelor nu se găsesc acolo pentru că ele îi sar în ochi fiecărui observator; dimpotrivă, lumea este prezentată într-un flux caleidoscopic de impresii, care trebuie să fie organizate de minţile noastre - adică, în cea mai mare parte, de sistemele lingvistice din minţile noastre. Noi decupăm natura, o organizăm în concepte şi-i ataşăm semnificaţii, pentru că, în general, suntem parteneri la înţelegerea de a o organiza în acest fel - o înţelegere care este valabilă în comunitatea noastră de vorbire şi se codifică în structurile limbii noastre. Înţelegerea este, desigur, implicită şi neexprimată, *dar termenii ei sunt absolut obligatorii;* nu putem vorbi decât prin subscrierea sau organizarea şi clarificarea datelor pe care le stipulează această înţelegere" (cf. J. Carroll).

Dacă relativismul lingvistic, aşa cum este expus mai sus de către B.L.Whorf (1956) are mai puţin importanţă în cazul diferenţelor lingvistice, acest relativism are o valoare absolută în cazul tulburărilor semnatice grave din schizofrenie şi îndeosebi atunci când are loc concomitent un proces delirant-halucinator nesistematizat. Comunicarea devine incomprehensibilă, îşi pierde funcţiile şi valoarea sa informaţional-semnificativă iar fenomenele de reglare prin auto - şi hetero-feed-backuri organizate şi coordonate de codificările din structurile lingvistice nu se mai reanalizează în consensul dat şi, prin urmare, nici înţelegerea ca atare, atât în planul individual, ca şi interindividual şi în cadrul aceleiaşi comunităţi lingvistice, atât între oamenii normali psihic şi bolnavul de schizofrenie, cât şi între aceiaşi bolnavi.

Cu alte cuvinte, pragmatica, înţeleasă în sensul semiotic de definire a relaţiilor dintre semne şi cel care le utilizează este profund afectată în schizofrenie în sensul că înlănţuirile simbolice, posibilităţile de articulare şi de percepere, organizarea coordonatorie a structurilor

semnatice, necesare pentru cuprinderea conceptului şi construirea dialogului sunt profund şi simultan perturbate. Aceasta face ca abilitatea pacientului de a forma, formula şi înţelege enunţând cu o structură sintactică unitară, coerentă şi purtătoare de sens să fie disoluţionată, disociată până la asemantizare şi ilogism, ceea ce deteriorează componenţa comunicativă a limbajului bolnavului de schizofrenie.

"Competenţa comunicativă - scrie D. Wunderlich - dă posibilitatea de creare a unor situaţii de vorbire, de situare adecvată a propriilor interese în cadrul lor şi, prin aceasta, de clarificare şi redefinire a relaţiilor sociale, de comentare a situaţiilor de vorbire, inclusiv a acelora în care ne găsim noi înşine, de anticipare şi reconstituire a situaţiilor de vorbire. În măsura în care experienţele proprii sunt dobândite prin procese de comunicare perturbate, poate fi perturbată, în mod sistematic şi competenţa comunicativă adică, de exemplu, se poate ca ea să dea naştere unor activităţi verbale contradictorii, să fie limitată în condiţiile unor raporturi de autoritate şi dominare, etc. De asemenea, posibilitatea de distincţie între experienţa proprie şi cea străină poate fi limitată prin aceea că experienţele străine pot fi internalizate (construcţii stereotipe, mistificări...)" (În Socioligvistică, 178).

Cu atât mai mult competenţa comunicativă se perturbă în schizofrenie, graţie proceselor ideo-afective disociate, a perturbării fenomenelor de codificare a structurilor lingvistice şi a neânlănţuirii lor ierarhice şi unitare în roluri şi clase de vorbire sintactico-semnatice şi respectiv logice. Alături de aceste condiţii necesare realizării competenţei lingvistice în schizofrenie intervin, cu efect negativ, o serie de condiţii marginale care influenţează comportamentul lingvistic, ca de exemplu, disocierea proceselor de memorie, atenţie, motivaţie, etc. Tocmai integritatea acestor condiţii marginale ale comportamentului lingvistic efectiv constituie ceea ce se înţelege prin performanţă, noţiune care aparţine sociolingvisticii. Ca atare, este perturbată în schizofrenie pragmatica, competenţa şi performanţa comunicativă, prin perturbările

de limbaj pe care le-am descris, generate de procesualitatea schizofrenică. dar pentru a se realiza comunicarea, apare ca necesară posibilitatea anticipării structurilor comunicative ideo-verbale, ceea ce nu apare pe deplin posibil în cazul schizofreniei, deficit diferit ca grad în raport de particularitățile de debut și ale perioadei de stare, de formă clinică de boală și de stare bio-psiho-socială inițială a bolnavului, inclusiv a substratului morfo-funcțional dinamic cerebral. În felul acesta, limbajul în schizofrenie este perturbată și în ce privește funcția comunicativă interindividuală ca și intraindividuală de coordonare și ordonare, ce facilitează gândirea și acțiunile bolnavului, dacă avem în vedere că limbajul este "structură structurantă". Dar, așa cum se constată la mulți bolnavi de schizofrenie, deși ei au un însemnat fond de concepte, dimpreună cu denumirile lor, totuși, bolnavii nici nu gândesc mai bine și, cu atât mai mult, nici nu se exprimă mai corect, deoarece, se disoluționează legăturile intime necesare dintre limbaj ca sistem de semne și de conceptualizare, ca sistem de semnificații, se perturbă aspectele semnatice și sintactice ca și logice sub raportul funcționalității lor.

Pentru aprecierea tulburărilor de limbaj din schizofrenie, apare necesar să luăm în considerare starea premorbidă referitoare la abilitatea de a folosi și înțelege limba. Diferențele de abilitate lingvistică se raportează la: *cunoașterea verbală* (cunoașterea sensurilor cuvintelor, a gramaticii, a eprimării prin frază), *capacitatea de a judeca* (concret, abstract, inductiv, deductiv, diferențial), *melodia cinetică și ideațională* (bogăția ideilor și calitatea lor raportate la unul și același subiect), *fluența cuvintelor* (care se referă la cunoașterea relațiilor fonem-grafem), *fluența exprimării* (ușurința cu care formulează ideile pe o temă dată), *sensibilitatea gramaticală* (recunoașterea funcțiilor și construcțiilor gramaticale), *facilitatea de denumire* (capacitatea de a răspunde rapid cu nume de lucruri, forme, culori, etc., când se prezintă în succesiune rapidă astfel de obiecte), *abilitatea de exprimare orală* (capacitatea de a vorbi coerent și eficient într-o situație dată), *abilitatea articulatorie* (viteza și corectitudinea cu care pot fi exprimate enunțurile

verbale (cf. J.B. Carroll), diferențe care țin atât de influențele genetice cât și de cele de mediu, de stimularea și întărirea motivațională a comportamntului verbal ca și de procesele organice (îndeosebi pentru cunoașterea și volumul vocabularului, așa cum se prezintă el diminuat în tulburările psihice presenile și senile).

Așa cum rezultă din expunerea tulburărilor de limbaj în schizofrenie, abilitatea de a folosi și înțelege limba sub aspectele enumerate este alterată în mod diferențiat atât sub raport impresiv ca și expresiv, atât din punctul de vedere al proiectării, integrării și respectiv al decodificării, asocierii și codificării, etc., perturbări ce afectează multistadial și la nivele ierarhice deosebite structurile limbajului.

Prin urmare, schizofrenia afectează funcțiile limbajului care, oricum ar fi clasificate, în mod normal acestea "servesc la *reprezentarea* și *distingerea* elementelor experienței" individuale și colective.

Printre funcțiile perturbate în schizofrenie amintim, după clasificarea lui Buhler, următoarele: *expresivă* (în raport cu emițătorul), *conativă* (în raport cu receptorul), *referențială* (în raport cu un sistem de concepte). Dacă ne raportăm la clasificarea funcțiilor limbajului lui Ombredane, acesta, urmându-l pe Janet, distinge următoarele funcții ale limbajului: *afectivă, ludică, practică, reprezentativă, dialectică,* iar după Morris, aceste funcții se clasifică după criteriul predominant semiotic în: *sintactic, semnatic, pragmatic.* După Jakobson, funcțiile limbajului se pot clasifica în funcție de elementele dominante (emițător, receptor, canal, cod, mesaj, referent) în raport cu care distingem funcția: *expresivă* (centrată pe emițător), *conativă* (centrată pe receptor), *poetică* sau *ludică* (centrată pe mesaj), *cognitivă* sau *reprezentativă* (centrată pe referent sau context), *fatică* (mesajul centrat pe funcționarea canalului și testând calitatea comunicării) și *metalingvistică* (centrată pe cod, permițând interlocutorilor să se asigure de claritatea comunicării) (Cf. J. Claret, pp. 49-50).

În cele ce urmează reproducem, după J. Claret două scheme şi clasificarea funcţiilor de limbaj ca o sinteză pe care o efectuează după diversele orientări şi criterii folosite de diverşi autori în acest sens (sensibilă, sistemică, structurală, integrată, dinamică, semiotică, etc.):

Context

Mesaj

Emiţător

Receptor

Contact

Cod

Cei şase factori ai comunicării verbale (cf. J. Claret)

Pers. a 3-a

Referenţială

Pers.1, - eul, celălalt Emotivă Poetică Pers.a 2-a, Conativă,

Fatică

Metalingvistică

Cele şase funcţii corespunzătoare (cf. J. Claret)

Discutând despre perturbarea funcţiilor limbajului în schizofrenie şi conducându-ne după clasificarea sintetică a lui J. Claret, vom deosebi următoarele aspecte endologice şi ectologice în schizofrenie:

1. *Funcţia emotivă sau expresivă* este centrată pe emiţător şi care se evidenţiază în dialog şi se caracterizează prin comunicarea sentimentelor, emoţiilor, impulsurilor, interjecţiilor, modulările

timbrului, mimica, gesturile, etc., printr-un contact ideo-afectiv caracterizat în schizofrenie prin indiferentism, disociație intrapsihică, cu distorsiunea proceselor de transmitere a mesajului. Într-un context ligvistic favorabil, funcția emotivă a limbajului care dă coloratură pragmatico-afectivă comunicării este profund afectată în schizofrenie și în discordanță cu contextul informațional, ceea ce face ca receptorul (interlocutorul) să nu poată intra în sintonie ideo-afectivă cu bolnavul, chiar dacă disocierea intralingvistă nu este atât de mult afectată. Această asitolie a dialogului sau discursului va fi cu atât mai accentuată, cu atât perturbările ideo-verbale vor fi mai accentuate ca grad și superioare ca nivel la care se manifestă discordanța. Funcția emotivă apare evidentă în interjecții care sunt obișnuit onomatopei, ca de exemplu: "ah!, oh!, eh!" etc. Observarea atentă a limbajului bolnavilor de schizofrenie va evidenția absența interjecțiilor, a modulărilor timbrului, iar în cazul că sunt prezente, nu au funcție predicativă chiar atunci când bolnavii au de suportat dureri foarte mari. Această trăsătură devine cu atât mai evidentă, cu cât tocirea afectivă este mai profundă, așa cum se întâmplă, obișnuit, în stările de demențiere schizofrenică, cu instalarea automatismelor, agramatismelor, a unui lexic primar, profund ilogic. Sunt situații când în mod normal utilizăm interjecții de felul celor ca: sst! zt! ptiu!, etc., care echivalează, de cele mai multe ori cu o frază și pe care, de asemenea, le vom întâlni cu o frecvență foarte scăzută în schizofrenie. De asemenea, pronunțarea unei vocale pe un interval de timp mai lung sau mai scurt, ca de exemplu: aa! daa!, etc., și care arată angajarea afectivă intrapsihică, ca răspuns la o solicitare externă sau internă, de asemenea, va fi mai rar întâlnită în schizofrenie. Această scădere a tonusului afectiv-emoțional a limbajului bolnavilor de schizofrenie face ca însăși funcția emotivă, pragmatico-afectivă să fie săracă, exprimând doar uneori numai un minimum semnificativ afectiv.

Așa cum observa H. Wald, cuvintele exprimă nu numai formele logice dar și cele infralogice ale limbajului. "Vizând generalul din lucruri, cuvintele exprimă în același timp și atitudinea particulară a oamenilor față de ele. Prin structura gramaticală a limbajului se cristalizează nu numai reflectarea rațională a obiectului, ci și reacții

pragmatico-afective ale subiectului față de obiect. Prima se structurează în formele logice ale limbajului - noțiuni, judecăți, raționamente - iar celelalte în formele infralogice ale limbajului - mataforă, topică, intonație, ritm, debit, etc." (H. Wald, *Limbaj și valoare*, p. 179).

Funcția emotivă a limbajului nu este *prelogică, extralogică, ilogică,* etc., deoarece, această funcție, prin caracterul său infralogic participă la elaborarea, cristalizarea formelor logice. Limbajul primitiv este deosebit de bogat în cuvintele concrete care exprimă atitudinea pragmatic-afectivă față de obiectele și fenomenele lumii înconjurătoare înainte de a ajunge la cunoașterea esenței lor. Deci, înainte de a junge la reflectarea a ceea ce este esențial în reflectare și deci la construirea formelor logice, limbajul era la un nivel infralogic, saturat de reprezentarea senzorială a fenomenalității lumii, limbajul *emoțional* mai mult, *îndemna* la acțiuni în mersul lucrurilor, decât să comunice aspecte esențiale de cunoaștere. În schizofrenie este perturbată atât structura logică, dar și cea infralogică a limbajului, și de aici decurge în mod normal, concluzia conform căreia cu cât limba "este mai bogată în forme infralogice", cu atât este mai săracă în forme logice; în schizofrenie îndeosebi în formele cu evoluție îndelungată limbajul este sărăcit atât în ce privește formele logice cât și infralogice disoluționate. În același timp, se știe că fără participarea formelor infralogice, afective ale limbajului nu este posibilă elaborarea și exprimarea formelor logice. "După ce împing cunoașterea până la esența lucrurilor, formele infralogice ale limbajului o împiedică să se usuce, să se oprească, să se banalizeze..." (H. Wald, ibid. p. 181).

Atitudinile pragmatico-afective constituie prin organizarea gramaticală a limbajului în formele infralogice ale gândirii "sunt principalul izvor al originalității în cunoaștere", scrie H. Wald și, de asemenea, că formele infralogice naturale sunt anterioare, primordiale față de cele logice, ceea ce atestă că în schizofrenie se înstrăinează și se pierde originalitatea procesului cunoașterii dar, în același timp, are loc nu numai o regresie funcțională, dar și o disociație la nivelul infralogic al limbajului, deci și dintre atitudinile pragmatico-afective ce conferă fluență însăși reflectării senzorial-afective. De aici și perturbarea

expresivă a limbajului, dacă avem în vedere că: *"Menirea fundamentală a expresiei constă în transformarea unei neliniști într-un gând"* (ibid., p. 181) (subl. nr. M.S.).

2. *Funcția conativă* este orientată în raport cu receptorul, cu interlocutorul și exprimă din partea subiectului (emițătorului) îndemnuri, interdicții, rugăminți, comenzi, apeluri, etc, pentru a-i influența în sensul inițierii unor acțiuni, folosind în acest scop vocativul și imperativul. De remarcat că atunci când este folosit vocativul sau imperativul, acestea nu au funcție sintactică în care să se constituie, deci, o parte de propoziție ci, de cele mai multe ori, au o funcție superioară, de propoziție formată dintr-o singură unitate, monomembră, sau independentă și, care, în context nu exprimă, în cazul disociației semnatice, în mod obișnuit pentru cel ce recepționează o relație inteligibilă. Remarcăm că infinitivul este foarte des folosit, însă flexionarea cuvintelor în context nu realizează legitățile interne ale tranformărilor, astfel încât, atât sintactic cât și semnatic, structura logico-gramaticală devine de neânțeles pentru interlocutor. Pe de altă parte, este impresionantă sărăcia vocativului în limbajului schizofrenilor, la fel ca și a interjecțiilor care se grupează cu numele în vocativ și care, de obicei, nu se constituie în morfeme gramaticale cu rol de predicat. Putem afirma că vocativul este rar folosit în schizofrenie, în timp ce infinitivul, frecvent utilizat nu are, în mod obișnuit, funcție sintactică, ci, rezultă, cel mai frecvent, din perturbarea flexionării în contextul logico-gramatical al frazei.

3. *Funcția ludică sau poetică* legată de reglajul afectiv și centrată pe mesaj, interesează, în cea mai mare măsură, forma estetică a limbajului. Această funcție, din punctul de vedere al mesajului se conexează pe cu și are cele mai strânse relații cu funcția emotivă. În acest sens, amintim că în cazul unor poeți geniali care au suferit de schizofrenie se observă că în ultima perioadă a creației lor, centrându-se pe verbalizare facilă și stranie, dispare aspectul liric al versului ca fond sau se aplatizează ca formă rezultând o poezie abstractă de tipul unui verbiaj dependent de logică, dar tratat de către critica literară la nivelul unui simbolism incifrat. În cazul poeziilor epice care fac apel la funcția

cognitivă şi care uzează de stilul implorativ, adresat celuilalt. făcând deci uz şi de funcţia conativă, disociaţia sintactico-semnatică nu va reuşi să codifice şi să transmită mesajul, contextul nu va permite decodificarea acestui mesaj în care obişnuit, de asemenea lipseşte predicaţia şi, ca urmare, contactul ideo-afectiv în sens conativ-referenţial (cognitiv) nu se va realiza corespunzător, iar forma, deşi va găsi, eventual, unele expresii cu strălucire particulară, simbolul realizat va fi lipsit de conţinut, jocul asonanţelor şi consonanţelor, a aliteraţiilor, a modificărilor sau a asimilărilor fonetice, oferind o imagine caleidoscopică deosebit de mobilă în care nu va fi posibilă identificarea unui sâmbure logic de cristalizare, în jurul căruia să se poată ghici intenţiile conceptuale iniţiale.

În forma hebefreno-catatonică, limbajul schizofrenului îşi poate însuşi, prin alură şi construcţie, trăsăturile unui joc lingvistic simbolizat, morbid, în care asemantizarea şi formaţiile noologice duc la crearea unui limbaj individual greu de descifrat, în care se cultivă concretul abstractizându-l excesiv, dar fără a avea o structură logic inteligibilă.

4. *Funcţia cognitivă, denotativă sau reprezentativă* conturează mesajul pe obiectul desemnat şi se raportează îndeosebi la semnificaţii, adică la ceea ce este general la raportul de săvârşire a gândirii prin cuvânt şi invers, şi are, prin conţinutul ei, o valoare specific umană de reprezentare procesuală a simbolurilor, de cunoaştere, denumire şi generalizare a relaţiilor dintre concept şi elementele obiective ale lumii, fenomen perturbat în schizofrenie. Funcţia cognitivă exprimă esenţa simbolică atât a gândirii, cât şi a limbajului, trăsătură comună celor două sisteme ce permit formularea conceptelor şi comunicarea umană, limba fiind tiparul, matriţa, forma în care-şi toarnă şi prin care fiecare persoană îşi modelează gândirea ca proces în raport de mentalitatea colectivă şi experienţa personală şi care impregnează structurile întregii personalităţi încă din momentul naşterii. Or, tocmai acest proces se perturbă în schizofrenie prin mecanisme predominant endogene. Se ştie că: "Infrastructura lingvistică, adică gramatica normativă a fiecărei limbi nu constituie numai *instrumentul* care permite exprimarea ideilor, ci determină *forma* pe care o ia activitatea mentală şi trasează cadrul în

care se înscriu analizele şi impresiile subiectului, sinteza a tot ceea ce spiritul a înregistrat" (J. Claret, p.44), sistemul lingvistic având, ca atare, rolul activ de a ne ajuta să organizăm şi că exprimăm cuvinte, fluxul galaxic de impresii în noţiuni, categorii şi concepte.

În schizofrenie are loc disocierea semnificaţiilor şi a mecanismelor de trecere de la semnificaţia de ansamblu a gândirii, semnificaţia cuprinsă în cuvânt, fenomen, care priveşte îndeosebi naşterea noţiunilor, cărora li se amputează astfel legătura cu trecutul şi li se distorsionează orientarea lor spre viitor şi aceasta, deoarece, producţia psihopatologică suspendă dinamismul procesual intrapsihic, punând în cumpăna incertitudinii experienţa trecută ca şi capacitatea de prospectare a viitorului necesară pentru jalonarea căii de trecere de la idee la cuvânt prin semnificaţie. Aceste fenomene devin manifeste atunci când apar şi fenomenele halucinatorii în cursul cărora conceptualizarea percepţiilor şi semnificarea lor cu ajutorul limbajului va deriva pe dominantele halucinatorii, aceste procese denaturând combinatorica fenomenelor de abstractizare şi generalizare, nu în raport cu principiul izomorfic al relaităţii obiective, ci în raport de un principiu neo-allo- sau patoizimorfic, ce funcţionează pe tipare ontogenetice primare în raport cu dimensiunile lumii subiective de tip ataxic-hipnoid şi de esenţa solipsistică. La cele de mai sus se adaugă bombardamentul unor structuri lingvistice iniţiale şi, ca atare, infralogice care derutează şi mai mult selecţia operatorie lucidă a fluxului informaţional necesar fenomenelor de conceptualizare semnificantă.

Din punctul de vedere al normalităţii, semnificantul nu reprezintă un simplu grup de sunete, ci, acestea are nu numai un caracter psihologic dar, concomitent, şi un caracter logic, deoarece nu avem imaginea unui semnificant decât ca un intermediar ci, dimpotrivă, avem "*ideea* unui grup de sunete" aşa cum semnificatul, la rândul său, este concomitent, psihologic şi logic, deoarece, el nu exprimă "obiectul" concret, ci ideea obiectului. De aceea, atunci când încercăm să alegem cuvântul potrivit care să exprime adecvat gândurile noastre, triem mai degrabă semnificaţii care-şi caută cuvinte şi interpunem între lume şi lumea noastră subiectivă *cuvintele*, alegându-le pe acelea a căror

semnificație exprimă cel mai bine ideea pe care dorim s-o exprimăm. Dar mai mult decât atât, în mod normal, fiecare cuvânt exprimă o noțiune determinată, care, înainte de a ajunge cuvântul a trecut prin grila de baleiaj a semnificațiilor și, de asemenea, învățăm să înțelegem ideile, conceptele, învățând și înțelegând semnificațiile cuvintelor. În acest sens ar fi de reamintit că în dezvoltarea ontogenetică a limbajului, se observă un fenomen deosebit de interesant, copii învață inițial cuvintele pe care le folosesc înainte de a le cunoaște conținutul lor noțional, conceptual și mai ales semnificațiile lor.

În schizofrenie, procesul de decodificare nu este perturbat în mod esențial dacă avem în vedere că bolnavul răspunde corect și prompt, evocând precis trecutul, atunci când i se pun întrebări clare și scurte. Nu accesul la experiența trecută apare dominant perturbată în schizofrenie, cât, mai ales este perturbat sistemul de articulare, de semnificare dintre conceptele bolnavului și cuvintele în care acestea urmează să-și ia haina corespunzătoare, prin desfășurarea unui amplu proces de selecție a semnificațiilor celor mai adecvate și a semnificantului cu potențialități expresive cât mai apropiate de realitate. Relaxarea hipnoidă a fenomenelor de selecție operantă semnificativă și crearea unor dominante anarhice, discordante, nu va permite acest proces de subiectivare și obiectivare dialectică și, de aceea, fenomenalizarea esenței și esențializarea fenomenului își vor însuși direcții diferite, iar limbajul va conceptualiza, în sensul senzorialității actule, o nebuloasă a proceselor intelective, conștiința ataxică nemaifiind capabilă să orienteze subiectul spre a-și gândi corect trăirile și a-și trăi adecvat gândurile. Acest fenomen devine posibil, deoarece, se descătușează structurile ifralogice ale limbajului, cu întregul lor cortegiu de metafore figurativ-imaginative, fără răspuns de continuitate și coerență a conceptelor, cărora li se oferă haine prea largi și cu valențe multiple capabile să includă prin aglutinare discoordinativă concepte diverse, proces din care va rezulta dilatarea și însăși disoluționarea noțiunii, imprimând gândirii un curs oscilant cu dominante ce pendulează pe balanța unor sisteme categoriale, vizibil-invizibil, audibil - inaudibil, general și particular, abstract și concret în care cuvintele prin absența semnificării devin metafora indescifrabilă

plină de semnificații contradictorii, iar conceptele își însușesc valențe mitice care-și caută semnificațiile într-un concret fenomenal cu care nu pot stabili relații logic comprehensibile.

Funcția semantică a creierului se cunoaște că se bazează pe principiul reflectării, a semnalizării, a simbolizării și semnificării.

L.S. Vîgotski arăta că în mod normal ideea nu coincide cu expresia sa verbală. Spre deosebire de limbaj, care este structurat din cuvinte separate, ideea apare ca un întreg al cărei volum și întindere este mai mare decât cuvântul luat în parte și de aceea:

*"Ceea ce se cuprinde în idee simultan, în limbaj se desfășoară succesiv.* Ideea am putea s-o comparăm cu un nor care plutește și se scurge printr-o ploaie de cuvinte. De aceea, procesul trecerii de la idee la limbaj este procesul extrem de complex al dezmembrării ideii și al reconstituirii ei în cuvinte. Întrucât ideea nu (p.302) coincide cu cuvântul și nici cu semnificația cuvintelor prin care este exprimată, calea de la idee la cuvânt trece prin *semnificație* (subl. ns.). În limbajul nostru există întotdeauna un gând ascuns, un subtext camuflat (p.303), care pentru a fi redat fidel se fac totdeauna "topiri de cuvinte", deschiderea de "...căi noi de la idee la cuvânt prin noi semnificații a cuvintelor" și aceasta pentru că "... ideea ... nu se exprimă prin cuvânt, ci se realizează în cuvânt". Dar această realizare "în cuvânt" a ideii "... este mijlocită nu numai în exterior de semne, dar și în interior de semnificații" (p.303). Comunicarea nemijlocită a unor conștiințe sau idei nu poate fi, deci, realizată, direct, fizic sau psihologic ci numai indirect, mijlocit, pe cale internă "... la început prin semnificații și apoi prin cuvinte. De aceea, ideea nu este niciodată egală cu semnificația directă a cuvintelor. Semnificația mijlocește ideea în calea ei către exprimarea verbală, adică crumul de la idee la cuvânt nu este direct, ci mijlocit lăuntric" (ibid. p. 303).

Prin urmare, în schizofrenie urmează a considera, din punctul de vedere al mijlocirii prin semne și lăuntric prin semnificații, nu simpla perturbare a asociațiilor ideo-verbale, așa cum o considera întreaga psihiatrie clasică, ci, dimpotrivă, se impune cu necesitate a lua în considerare elementul fundamental al procesului de verbalizare pe care-l

reprezintă semnificația și , subordonat acestui proces, noi considerăm că apare disocierea dintre semnal (semnificant) și conceptul (semnificat). Procesul discoordinativ de ataxie intrapsihică oscilează între semn și semnificație, iar *gândirea realizându-se prin cuvânt*, în cazul comportamentului verbal din schizofrenie, fiind perturbată dinamica intrapsihică a proceselor semnificării, gândirea se va dezmembra în idei, însă nu se va reconstitui corespunzător în cuvinte, accentuând nonconcordanța normală dintre idee și cuvânt pe de o parte și dintre idee exprimată și semnificația cuvântului prin care se exprimă, pe de altă parte, și aceasta, deoarece sunt perturbate instanțele motivaționale logice și infralogice atât ale gândirii și conștiinței, cât și ale limbajului dinspre planurile interne ale gândirii verbale.

"Ideea nu se naște dintr-o altă idee, ci din sfera de motivație a gândirii noastre, care cuprinde înclinațiile și trebuințele, interesele și tendințele, afectele și emoțiile noastre - scrie Vîgotski. - Dincolo de idee se află tendința afectivă și volitivă. Numai ea poate răspunde ultimului "de ce?" din analiza gândirii. Și dacă mai înainte comparăm ideea cu un nor plutitor din care se scurge ploaia de cuvinte, motivația cuvintelor, dacă ar fi să continuăm această comparație plastică, ar trebui s-o asemuim cu vântul care pune norii în mișcare" (L. S. Vîgotski, vol. II, p. 303) (Subl. ns. M.S.).

Răbufnirea unor structuri afectiv-emoționale sau volitive pe calea săvârșirii ideii întruchipată în cuvânt, pot distorsiona procesul de semnificare și însăși săvârșirea ideii și a întruchipării sale verbale în cazul schizofreniei. Dar, în afară de motivația afectivă ce conferă forță gândirii sau, așa cum se exprimă M. Eminescu "... A dorului tărie/ Cuvinte dă duioselor mistere;" (Iubind în taină), intervine în realizarea semnificării, conștiința care ține dreaptă "cumpăna gândirii" între conștient și inconștient, între somn și veghe, între infralogic și logic, între ceea ce nu are încă semnificație și ceea ce este pe cale de a fi semnificat sau are deja semnificație: "... cumpăna gândirii-mi și azi nu se mai schimbă, /Căci între amândouă stă neclintita limbă". Cuvântul unește posterior faptei ceea ce este exterior cu ceea ce este interior, iar prin semnificare limbajul se îndreaptă către interiorul "duioaselor mistere" cu

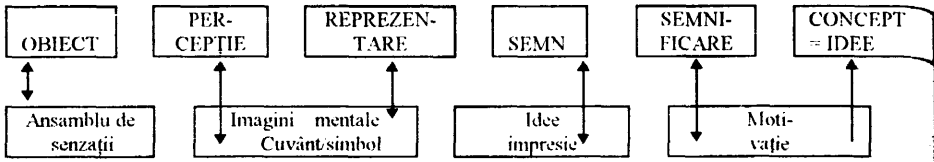
întregul său univers de relaţii complexe, dinamice, mobile, care explică nu numai gândirea dar şi conştiinţa în însăşi procesul comunicării interumane. "Dacă conştiinţa, care sesizează şi gândeşte, dispune de diferite mijloace de reflectare a realităţii, atunci acestea reprezintă şi diferite tipuri de conştiinţă", scrie L.S. Vâgotski (p. 307) şi adaugă: "conştiinţă se oglindeşte în cuvânt tot aşa cum soarele se oglindeşte în picătura de apă. Cuvântul se raportează la conştiinţa tot aşa cum microuniversul se raportează la macrounivers, cum se raportează celula la organism, atomul la cosmos. El constituie microcosmosul conştiinţei. Cuvântul conştientizat este microcosmosul conştiinţei umane" (307)(subl. ns. M.S.).

Se cunoaşte , totodată, că conştiinţa operează în domeniul semnificaţiilor, iar semnificarea ţine şi de gândire, dar în mod deosebit de conştiinţă. Or, din acest punct de vedere, noi considerăm că în schizofrenie are loc un proces de disociere între conştiinţă şi gândire, pe de o parte, între gândire şi cuvânt, conştiinţă şi cuvânt pe de altă parte, ceea ce face ca bolnavul să nu poată opera concordant cu realitatea subiectivă şi obiectivă atât în planul stabilirii relaţiilor logice, ca şi a semnificaţiilor adecvate. De aceea, noi considerăm că are loc, concomitent, o disociaţie intranoetică prin perturbarea procesului de "naştere a ideii în cuvânt", cât şi o disociaţie intrasemnatică prin relaxarea funcţiilor conştiinţei, ambele tipuri de disociaţie inducând perturbări ale gândirii verbale şi ale nivelului de conştiinţă.

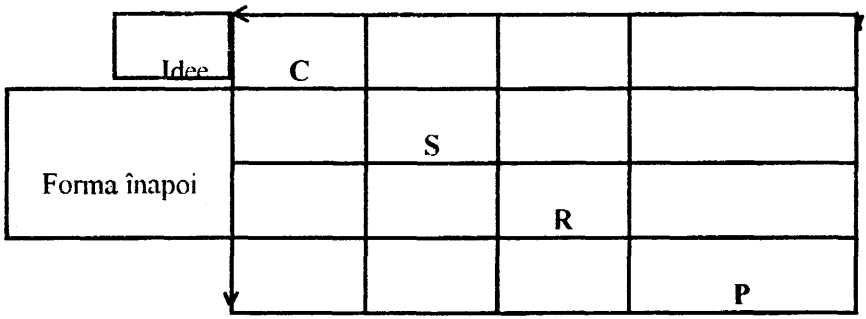
Engramarea cerebrală a limbajului nu se realizează prin stocarea unor cuvinte izolate, singulare, ci în contextul logico-gramatical al unor unităţi semnificative, în care se păstrează o unitate relativ independentă a cuvântului în raport cu obiectul, dar şi în raport cu conceptele. Însăşi structura fonetică şi sintactică este subordonată unor legităţi interne de articulare, conectare, combinare şi care contribuie la procesele de engramare, ca şi la cele de decodificare semnificativă. Toate acestea asigură transformările paradigmatice corespunzătoare, în baza cărora conceptele iau forma adecvată prin selectări succesive, asigurându-se fluenţa, ordonarea şi integrarea discursului verbal în unităţi semnatice distincte şi unitare, de la cele mai simple la cele mai

complexe (sintagmă, frază, perioadă, paragraf, etc.). Limbajul devine cu atât mai bogat, iar combinatorica sa, deosebit de amplă atunci când se trece de la stadiul de organizare a structurilor verbale fonetice la stadiul de organizare semnatică conştientă. Stadiul semnatic apare mai târziu în dezvoltarea ontogenetică şi realizează un nivel superior de comportament verbal în raport de conţinutul şi semnificaţia structurilor lingvistice superioare a raporturilor procesuale ideo-afective realizate pe calea puţin cunoscută dintre semnificant şi semnificat. În decursul dezvoltării ontogenetice se
realizează un adevărat sistem ierarhic de semnificaţii, de calitate şi complexitate diferenţiată, ce se desfăşoară pe un amplu registru intrapsihic pe măsură ce se dezvoltă gândirea şi conştiinţa. Între obiectul pe care-l desemnează şi-l semnifică cuvântul (semnul), se interpun stările emoţionale, reprezentarea, construcţiile noţionale şi conceptuale de limbaj, având deci capacitatea de a *reprezenta* realul printr-un semn (cuvânt). Ca atare, limbajul posedând funcţia simbolică "de a stabili un raport de semnificaţie între ceva şi altceva" (E. Benveniste), graţie gândirii şi îndeosebi conştiinţei, de unde rezultă că *funcţia simbolică* reflectă *raporturi de asemănare* cu obiectul reprezentat şi cu realitatea, oricât de abstractă ar fi organizarea stadială a semnificaţiei. În baza acestor engramări procesuale se realizează *raporturi sintagmatice* şi *raporturi paradigmatice*, prin care se îndeplineşte crearea unor unităţi semnificat-semnificante şi respectiv grupuri de cuvinte după analogie de sensuri, forme sau sunete particulare paradigmelor gândirii corespunzând pentru fiecare individ în parte paradigmele limbajului. Prin intermediul acestui proces se realizează atât combinarea cât şi selecţia cuvintelor, iar *ordonarea conştientă, sintagmatică* va conferi, prin alegerea semnificaţiilor şi a semnificanţilor individualitatea particulară comportamentului verbal pentru fiecare subiect în parte.

"Limbajul este legătura care uneşte concretul cu abstractul", spunea H. Salvat. Schema de mai jos pe care o reproducem modificată după J. Claret, credem că rezumă cele de mai sus:




În sensul înainte: percepția generează un ansamblu coerent de imagini mentale care se ordonează în spațiu și în timp. Reprezentarea, apoi semnul, fixează mai mult sau mai puțin fidel aceste imagini și dau naștere gândirii conceptuale, ideii organizate, prin intermediul semnificării pentru ca ideea, conceptul să se întruchipeze într-un cuvânt.




Înainte (după J. Claret)

În sensul înapoi: ideea chemă cuvântul (semnul). Acesta conotează un sistem de reprezentări semnificative care trezesc vechi percepții.

În cuvânt trebuiesc deosebite valoarea și semnificația. *Valoarea* depinde de două feluri de raporturi:

a. raporturile cuvântului cu ceea ce îl precede și ceea ce îi urmează în lanțul scris sau vorbit (*raporturi sintagmatice* [1]); (subl. ns.).

b. Raporturile care se formează în mod natural în spirit și care se constituie limba proprie fiecărui individ (*raporturi asociative*) (J.Claret, subl. ns).

1. "Să ne amintim că sintagma este o combinație de termeni în care fiecare își dobândește propria sa valoare prin opoziția cu toți ceilalți. (Exemple: florile din grădină, viața este scurtă, pământul se învârtește...). Prin definiție, sintagma este normativă" (J. Claret).

Autorul denumește toate cele de mai sus *"castelul interior"* uitând tocmai de semnificare și consideră că cuvintele se organizează după bunul plac al asocierii de idei. Astfel, după J. Claret, cuvântul "rasă" din orice sens ar parveni, aduce cu el în sistemul psihic o serie întreagă de cuvinte diferite, în care nu putem stabili natura legăturilor care le unesc: "rasism, război, violență, terorism, etc., - antisemit, nazist, fascist, etc. - naționalism, șovin, xenofob, etc. - toleranță, coexistență, pace, etc. - sau altceva. Acesta este *polimorfismul limbajului*, iar multiplicitatea combinațiilor va multiplica și *valoarea cuvântului*: "O *iluzie optică*, pierdeți-vă *iluziile*, sunteți victima *unei iluzii*, *iluzia* libertății, nu vă îmbătați cu *iluzii*, el are *iluzia* că este ascultat, nu vă faceți *iluzii* asupra acestei probleme, prefer să-mi păstrez *iluziile* mulțumiți-vă cu aceasta, *iluzia* va face să-mi păstrez *iluziile*; mulțumiți-vă cu aceasta, *iluzia* va face restul..." (cf. J. Claret, p. 81).

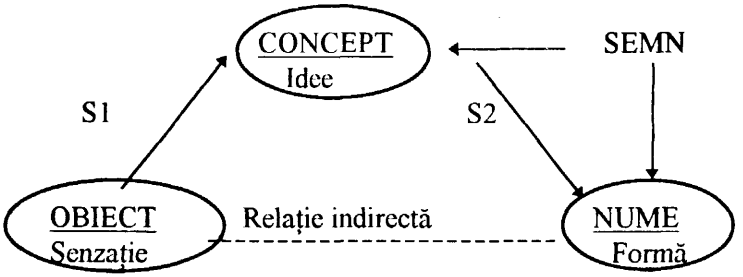
Or, ceea ce determină polimorfismul limbajului și valoarea cuvântului sunt tocmai semnificațiile și combinarea acestora în contextul comunicării.

J. Claret subliniază că fiecare sintagmă se deosebește de o altă sintagmă prin sistemul de referință particulară: la subiect, la obiect, la mesajul însuși, ceea ce atestă capacitatea extraordinară de a combina și realiza asociații de cuvinte și idei pe care le posedă spiritul uman, grație capacității simbolic-semnificative pe care acesta le posedă, adăugăm noi. Dar, "atribuind același cuvânt unor lucruri diferite, deși asemănătoare, noi nu mai desemnăm lucruri singulare, ci, ceea ce ele au comun: conceptul. Și numai desemnându-l, intrăm în posesia conceptului" (J. Claret). Aceasta ne face să înțelegem de ce "...sensibilul deschide porțile unei lumi care scapă simțurilor" (Gottlob Frege), dar această lume este tocmai cea pe care o operează semnificarea conștientă despre care amintește în cele ce urmează, dar căreia nu-i înțelegem întreaga sa valoare:

"Procesul cunoaşterii - scrie Claret - constă în a merge de la fenomen la esenţă, de la percepţie la reprezentare şi apoi la raţionament. Limbajul este cel căruia îi revine funcţia de a ne organiza gândirea, pentru că el, în interiorul unei structuri gramaticale şi sintactice desemnează şi semnifică. El traduce raporturile omului cu lumea. El permite memorarea şi proiectarea. În sfârşit, el asigură reglementarea acţiunii. Amprenta limbajului în formarea personalităţii este atât de puternică, încât s-a putut vorbi de *ereditate verbală.* De însuşirea codului verbal depind posibilităţile de asimilare a culturii proprii unei societăţi. Sub haina cuvintelor pe care oamenii le folosesc în mod obişnuit, se ascunde, în funcţie de grupurile sociale care compun societatea, o diversitate de semnificaţii" (p. 82), şi mai departe: "*Unitatea* aparentă a limbii ne ascunde *diversitatea* reală a experienţelor individuale. În spatele cuvintelor palpită întreaga viaţă a conştiinţei şi a subconştientului care se agită şi cere să I se facă loc să treacă, în cele din urmă, ceea ce este exprimat nu este decât a suta parte din ceea ce este resimţit. Inexprimabilul exprimat prin limbaj, va rămâne stocat, dar va putea reapare sub alte forme (alegerea distracţiilor, preferinţe vestimentare, gusturi pentru lux, rafinamente culturale, practicarea unui sport, stil de viaţă, bizarerii de caracter, fantezii de tot felul...)" (J. Claret, p. 83).

"Limba este un joc combinat de diferenţe între sunete şi de diferenţe între idei. Şi acest joc generează un sistem de valori; combinarea elementelor fonice şi psihice în interiorul fiecărui cuvânt este cea care crează *valoarea cuvântului*" (p. 86) dar, desigur că acest joc de combinări are ca suport semnificarea.

"... Limbajul se sprijină pe două tipuri de unităţi: semiologice (acestea sunt semnalele) şi semnatice (fraza). Sensul decurge din frază, nu din semn, deoarece fraza (sau discursul) se desfăşoară în timp, contrar sistemelor de semne, pur virtuale" (cf. J. Claret, după E. Benveniste).




Dubla articulare: S1 - subiectivă, S2 - semnatică (cf. J. Claret)

Distanța dintre obiect și concept este acoperită de mecanismele reflectării ce se întind de la cele senzitiv-perceptiv până la semn și semnificație spre ceea ce este esență în domeniul cunoașterii și comunicării. H. Wald, referindu-se la aceste trepte, scria că, pentru a parcurge distanța dintre perceptibil și inteligibil "...oamenii au fost siliți să întrebuințeze vizibilul sau audibilul pentru a semnala invizibilul, sau audibilul pentru a semnala inaudibilul; astfel, s-au desprins treptat să înainteze cu gândul de la normele lăsate de un animal la social din care face parte animalul, de la strigătul pe care îl aud la împrejurarea de care trebuie să țină seama, de la "chipul" pe care-l făuresc, la puterea ocrotitoare căreia trebuie să i se adreseze, de la cuvântul pe care-l rostesc, la adevărul care le asigură eficiența acțiunii." Este un exemplu care se referă la *aspectul diacronic* și, în fine, un alt exemplu cu referire la *aspect sincronic* al limbajului: "fumul ca indiciu al focului, strigătul ca semnal al unei primejdii, secera și ciocanul ca simbol al alianței clasei muncitoare cu țărănimea, un ansamblu de litere ca semn al unui gen de lucruri".

În primul exemplu "...vizibilul și audibilul nu sunt de aceeași calitate: în primul avem de-a face cu un *indiciu,* în al doilea cu un *semnal*, în al treilea cu un *simbol* și în al patrulea cu un *semn.*

În cazul indiciului, perceptibilul este nemijlocit legat de imperceptibil și nu exprimă nici o intenție de comunicare; în cazul

semnalului, perceptibilul este nemijlocit legat de imperceptibil, dar este emis cu intenția de a comunica: în cazul simbolului, perceptibil, deși mimează imperceptibilul metaforic sau metonimic, este legat de el prin mijlocirea unei idei; în sfârșit, în cazul semnului, perceptibilul nu mai seamănă de loc cu imperceptibilul și este legat de el exclusiv prin intermediul unei noțiuni" (H. Wald, p. 6) (subl. ns. M.S.).

Indiciul și semnalul aparțin naturii și deci, sunt accesibile animalelor, în timp ce simbolul și semnul aparțin omului, sunt creații ale naturii. În cazul animalelor, indiciul și semnul semnalizează un "imperceptibil relativ", eventual un "animal ascuns", în timp ce simbolul și semnul pot simboliza și semnifica un "imperceptibil absolut", o idee. Marele salt de la natură la cultură începe cu imaginarea simbolului și se desăvârșește odată cu făurirea semnului și semnificației. Fiind încă prea legat de aspectele sensibile ale concretului vizat, semnificantul simbolului împiedică dezvoltarea semnificației lui" (H. Wald, p. 6), de aceea, are loc un permanent proces de schimbare a semnificațiilor și semnificanților. "Semnificantul semnului, fiind total independent față de obiectul despre care este vorba, permite semnificației o dezvoltare nelimitată"... și de aceea, "pentru ca semnificația să se apropie de esențe din ce în ce mai adânci, trebuie ca semnificantul să se îndepărteze din ce în ce mai mult de fenomen. Superioritatea semnului față de toate celelalte mijloace de depășire a orizontului perceptual constă tocmai în posibilitatea semnificației de a se distanța de semnificant. Puterea oamenilor asupra naturii și asupra propriului lor destin crește pe măsură ce crește câmpul spiritual care se formează între semnificantul perceptibil și semnificația inteligibilă. Istoria culturii este un proces prin care semnificația devine din ce în ce mai generală și semnificantul din ce în ce mai simplu. Generalitatea semnificației are nevoie de un semnificant cât mai puțin împovărat de detalii individuale. Chiar în artă, individualitatea semnificantului este din ce în ce mai utilizată" (H. Wald, p.7).

"Însăși cunoașterea se întemeiază pe izomorfismul dintre structura realului și structura semnului. Unitatea contradictorie dintre fenomenul perceptibil și esența inteligibilă nu poate fi cunoscută altfel

decât prin unitatea contradictorie dintre semnificantul perceptibil şi semnificaţia inteligibilă. Semnificantul este fenomenul pe care se sprijină semnificaţia în drumul ei spre reflectarea esenţei. Prin indicii şi semnale, animalele se adaptează la fenomene; prin simboluri şi semne, oamenii cunosc esenţa şi devin capabili să transforme fenomenele" (ibid., p. 7).

Fenomenul disociativ ideo-verbal evidenţiat în schizofrenie este considerat în bloc de către marea majoritate a psihiatrilor care s-au ocupat de studiul acestei boli. Această atitudine este de înţeles dacă se are în vedere faptul că, indiferent de pe ce poziţii actuale ar fi abordat fenomenul discordant, la baza tuturor raţionamentelor se află conceptul asociaţionist, cel asocierii dintre idee şi cuvânt. Chiar structuralismul care recunoaşte vastitatea interrelaţiilor şi interdeterminărilor intrasistematice, când abordează fenomenul disociativ are la bază acelaşi model asociaţionist în ultimă instanţă. La fel procedează punctul de vedere cibernetic care, luând în considerare elementele substanţă, energie, informaţie cu toate organizările şi relaţiile de feed-back şi feed-before şi deşi se discută despre valoarea anticipată a informaţiei şi de crearea de plusinformaţie sau de perturbarea neuro-psihică prin bombardament informaţional, se pierd din vedere în aceste procese, la nivel uman, elementul deosebit de important al semnificării pe care conştiinţa îl operează, armonizând valoric comunicarea interumană şi acţiunea şi introducând ordinea şi inteligibilul reflectării prin acţiune, proces în care uzează inclusiv de structurile infralogice, paleopsihice şi arhipsihice pe tot parcursul existenţei şi realizării individuale.

Fenomenul disociativ în schizofrenie urmează, deci, a fi considerat nu numai la nivelul relaţiilor ideo-afective sau ideo-verbale, ci dimpotrivă, acesta este prezent la toate nivelurile ierarhice ale sistemului psihic, considerate în unitatea lor. Dar dacă trăsătura particulară a cuvântului ca "semnal al semnalelor" este de a reflecta generalizat, realitatea tot atât de particulară îi este şi trăsătura de a reflecta semnificativ realitatea în calitatea sa de microcosmos al conştiinţei umane şi, bineânţeles, a gândirii, ca "... proces viu de naştere a ideii în cuvânt" prin mijloacirea semnificaţiei inconştiente şi conştiente. În acelaşi timp însă, gândirea verbală se realizează operând: "Delimitarea

semnificației de sunet, a cuvântului de lucru, a ideii de cuvânt..." operațiuni și etape totodată necesare în procesul de dezvoltare a noțiunii perturbat în schizofrenie. Totodată însă "În drama vie a gândirii verbale, mișcarea urmează calea inversă de la motivul ce naște o idee la contituirea ideii, la mijlocirea ei în cuvântul interior, apoi în semnificațiile cuvintelor exterioare și, în sfârșit, în cuvinte. Ar fi însă incorect să ne imaginăm că numai această cale unică de la idee la cuvânt se realizează întotdeauna în fapt. Dimpotrivă, sunt posibile mișcări directe și inverse, trecerile directe și inverse de la unele planuri la altele, deosebit de variate, pe care e îndoielnic să le putem enumera în actuala situație a cunoștințelor noastre referitoare la această problemă." "Noi știm însă și acum - nota L.S. Vîgotski - într-o formă extrem de generală, că mișcarea este posibilă cu întreruperi în orice punct al acestei căi complexe, într-o direcție sau alta: de la motiv, prin idee, la limbajul interior; de la limbajul interior la idee; de la limbajul interior la cel extern, ș.a.m.d." (L. S. Vîgotski, vol.II, p.304-305, vezi și fig. 1, p. 39), fenomene scăpate de sub control în schizofrenie.

Prin urmare, procesul disociativ are loc nu numai la nivelele de care aminteam mai sus, dar și la nivelul limbajului interior, ca și a celui exterior și de la nivelul percepției până la nivelul conceptului sau ideii, și respectiv al conștiinței și semnificației. Ca atare, atunci când vorbim de disociația ideo - verbală, ideo - afectivă, intralogică, intrasemnatică, etc., considerăm că se cuvine să avem în vedere că însăși reflectarea psihică are mai multe niveluri și trepte de realizare și integrare și, prin urmare, însăși nivelul logic al acestei integrări va avea integrări calitativ diferențiate din punct de vedere logic și de naștere generativă și realizare a ideii în și prin cuvânt. În sensul celor de mai sus, a aborda global procesul disociativ intrapsihic nu constituie un beneficiu doctrinal și acțional pentru clinica schizofreniei, în timp ce a efectua o distincție de nivel natural, fiziologic și psiho-socio-lingvistic a procesului disociativ, ar oferi beneficiul înțelegerii calitativ diferențiate pentru fiecare bolnav, a particularităților sale psihopatologice.

În considerarea fenomenelor disociative ale gândirii verbale se inetrferează problematica nerezolvării relațiilor dintre logică și

lingvistică şi, aşa cum observa P. Botezatu: "Nu ştim nici astăzi dacă noţiunile de subiect şi predicat sunt la origine de natură grmaticală ori logică, incertitudine care lasă fără fundament ştiinţific disputa de mai sus" (P. Botezatu, *Construirea logicităţii*, p. 74), şi care, în acelaşi timp are consecinţe negative în studiul structurii gramaticale şi a structurii logice în cazul disociaţiei ideo-verbale. Acest fenomen devine cu atât mai dificil cu cât: "Unei categorii gramaticale pot să-i corespundă mai multe categorii logice, iar unei categorii logice să-i răspundă mai multe categorii gramaticale. De pildă, chiar din punctul de vedere al analizei clasice, se ştie că subiectul şi predicatul gramatical nu acoperă totdeauna subiectul şi predicatul logic" (P. Botezatu, op.cit., p. 74), necorespondenţă accentuată sub raportul cercetărilor de logică modernă. Nu este de mirare şi totodată fără suport că s-a vorbit despre limbaj că este alogic, nelogic sau prelogic, după cum, de asemenea, se vorbeşte despre o logică afectivă şi de structuri cognitive infralogice, fenomene atestate atât de psihologia şi logica genetică, cât şi de lingvistica diacronică, de logica modernă prin dificultăţile pe care le întâmpină în modelarea structurilor afectiv-motvaţionale, precum şi de clinica neuro-psihiatrică şi în mod particular prin studiile privind tulburările de limbaj din schizofrenie.

Ceea ce se poate afirma este că logica, oricât de abstractă ar apare, se dezvoltă pe baza unui limbaj generat initial natural şi oamenii au gândit logic înainte de a se cunoaşte legile logicii, iar în ce priveşte limbajul, acesta are în structurile sale mecanisme logice naturale pe care, de asemenea, oamenii le-au folosit înainte de a şti despre subiectul şi predicatul gramatical sau logic.

Oricât de rigid ar fi limbajul logic şi oricât de bogată ar fi plasticitatea limbii, toate acestea nu pot fi despărţite de creierul care gândeşte, de structura sa naturală şi de activitatea sa reflectorie prin coactivitate în cadrul coexistenţei umane. Exemplul copiilor readuşi din captivitate animală ne demonstrează că aceştia, depăşită fiind stadialitatea dezvoltării neuro-psihice, nu-şi pot însuşi legile nici unui fel de logici, dar nici plasticitatea unei limbi, rămânând în starea de reactivitate bio-psihică elementară cu structurile sale de relaţionare

infralogică şi cu modul de comunicare infralingvistic. Cele de mai sus ne determină să considerăm că ceea ce afirmă Wittgenstein cu referire la limbajul cotidian se potriveşte foarte bine şi pentru logica cotidiană:

"Limbajul cotidian este o parte a organismului uman şi nu mai puţin complicat ca acesta. Este omeneşte imposibil să-i extragem imediat logica limbajului. Limbajul travesteşte gândirea. Şi în aşa fel, încât, din forma exterioară a îmbrăcămintii nu se poate conchide asupra formei gândirii travestite; deoarece forma exterioară a îmbrăcămintii urmăreşte cu totul alt scop decât să ne îngăduie să recunoaştem forma corpului. Convenţiile tacite pentru înţelegerea limbajului cotidian sunt enorm de complicate" (apud P. Botezatu, *Naşterea logicităţii*, p. 75). Exemplul situaţiilor vagi sau chiar inexacte de care se ocupă logica "fuzzy", după opinia noastră, aparţin atât limbajului cât şi logicii, ambele având un aspect de suprafaţă şi unul profund sau, în alţi termeni, o *"structură superficială"* logică şi lingvistică şi o *"structură profundă"*, infralogică şi infralingvistică, substanţial diferită de prima. Aceste elemente apar evidente în cazul tulburărilor de gândire şi limbaj de natură organică şi se evidenţiază în mod particular în cazul schizofreniei, unde are loc o profundă disociaţie între cele două structuri, generată din planurile superioare de perturbare sau distorsionare a semnificaţiilor, ceea ce determină punerea în tensiune de lucru a sistemelor şi structurilor psihice profunde de reflectare şi comunicare care bruiază "structurile superficiale" cu care suntem obişnuiţi, ajungându-se la neogramatici generative transformaţionale patologice, paralogice şi paralingvistice, pentru a ne exprima în sensul lui N. Chomsky. Chiar dacă semnatica logică este diferită de semnatica lingvistică şi respectiv nu posedă o multifuncţionalitate, aşa cum e cazul limbajului, totuşi, nici nu avem dreptul să le despărţim de substratul reflectant-informaţional neurofiziologic pe care-l reprezintă creierul şi aceasta pentru că, de exemplu, în schizofrenie este perturbată atât semnatica logică, dar şi cea lingvistică, în timp ce în alte boli psihice, ca de exemplu în demenţe, este mai mult perturbată semnatica logică şi apoi se perturbă şi cea lingvistică. Schizofrenia demonstrează perturbarea concomitentă atât a semnificaţiilor logice ca şi a celor lingvistice, chiar dacă bolnavul este

lingvist sau un logician de excepțională pregătire. În momentul când s-au disociat structurile morfo-funcționale dinamice cerebrale care asigură procesele motivaționale ale personalității, atunci nici gândirea, nici limbajul nu mai posedă forma și conținutul lor normal, motivația celor două structuri funcționale, procesuale ale sistemului psihic, fiind planul intern, ascuns al gândirii verbale, chiar dacă "Sistemele semantice de noțiuni, spre deosebire de sistemele logice de concepte sunt ancorate în psihologie, sociologie și istorie" (P. Botezatu, *Nașterea logicității*, p. 77).

În schizofrenie se pare că este perturbat inițial limbajul exterior și apoi este afectat cel interior pentru ca în evoluția gravă să fie afectate structurile infralingvistice, că logica dialectică suferă înaintea logicii formale și numai ulterior este afectată logica naturală, după cum ar fi mai plauzibil ca inițial să fie perturbată logica naturală. Aceste fenomene și etape ale procesului disociativ al gândirii verbale, ni se pare că n-au fost studiate în schizofrenie în raport de forma clinică de boală și de stadiul ei evolutiv. Observațiile clinice personale ne-au condus spre concluziile de mai sus pe care le considerăm interesante, atât din punct de vedere teoretic cât și practic. Aceste observații ne-au determinat să considerăm că de la nivelul semnalizării până la cel al semnificării operat de conștiință, au loc perturbări profunde care se adresează în egală măsură atât aspectul logic cât și celui lingvistic, fenomen la care participă atât structurile paleo- și arhipsihice cât și cele noopsihice și de aici și concluzia că disociația privește atât structurile logice *(disociație intranoetică)* cât și pe cele lingvistice *(disociație intralingvistică)* fie că aceasta din urmă este considerată sub raportul structurii fizice a cuvântului (paricularități sonore, grafice, tactile) a celei designative în raport cu obiectul (realitate extralingvistică) sau a celei semnatice cu componentele lor biologice psihologice și sociale.

Ca urmare, fenomenul de disociere a gândirii verbale și a semnificării apar complex condiționate, acest din urmă proces păstrându-se atâta timp cât este posibilă menținerea legăturii între cuvânt și modelul intern informațional (mintal) al obiectului. Disocierea între diversele structuri dinamice ale gândirii verbale va fi mai bine

înțeleasă dacă vom înțelege mai clar modul său de organizare. În acest sens, M. Golu îi distinge următoarele structuri:

"Organizarea de asnamblu a sistemului limbajului în forma lui deja constituită, o putem reprezenta ca interacțiune a următoarelor blocuri integrativ - funcționale: **a**. blocul unităților semnatice primare (cuvintelor); **b**. blocul regulilor și normelor logico-gramaticale, de transformare morfologică și de combinare sintactică a unităților semnatice primare; **c**. blocul structurilor semantice secundare (propoziționale); **d**. blocul de comandă, care dirijează desfășurarea operațiilor de combinare și seriere a secvențelor fluxului informațional curent; **e**. blocul comparatorilor și acceptorilor, care atestă gradul de adecvare la situație și corectitudine logico-gramaticală a construcțiilor verbale, în desfășurarea procesului de comunicare" (C. Arseni și colab., pp. 257 - 258) (subl. ns. M.S.).

Din schema alcătuită de autori se desprinde că în oricare loc ar fi afectat sistemul limbajului se vor produce perturbări importante ale funcțiilor sale.

La orice nivel ar acționa procesul patologic schizofren, se va realiza fenomenul disociativ, așa cum am văzut, fie sub aspectul fizic, fie sub cel designativ sau semantic.

Fenomenul disociativ, pe lângă perturbarea care o crează în interiorul gândirii verbale, totodată operează fenomene de diaskizis între funcția cuvântului ca purtător de semnificații și de semnal al semnalelor.Aceasta determină, în formele acute de boală sau în demențele afective schizofrenice o scădere concomitentă a *competenței* și *performanțelor* lingvistice cerebrale. Dar toate acestea duc, în ultimă instanță, la o disfuncționalitate cerebrală cu arie mult mai întinsă și anume, la accentuarea fenomenelor de *nedeterminare semnatică*, ceea ce determină accentuarea până la *saturare a polisemiei cuvintelor*, până la nivelele unor incifrări greu de descifrat. Disfuncționalitatea cerebrală a proceselor fundamentale de excitație și inhibiție, a dinamicii dominantelor cerebrale, va avea ca efect perturbarea fluenței și discursivității activității psihice cu reprecursiuni negative asupra ordonării și ierarhizării cuvintelor, a constituirii de familii sau constelații

de cuvinte cu un grad optimal de coerență internă. Acest fenomen se produce pentru că sunt afectate mecanismele logico-gramaticale de semnificație.

ANDRIEȘ C. LUCIAN
Nr 2818
Biblioteca Personală

# BIBLIOGRAFIE

1. BARUK H.
Les obsessions "Buletin medical oct. 1931", pg. 59.

2. BELCIUGATEANU C.
Consideraţii asupra evoluţiei formelor clinice a 250 de cazuri de schizofrenie. Rev. Neurologie (Buc.) 1963, vol.10, nr.2, pg.109

3. BENOII J.J.C.
Schizofreniile; contribuţii şi discuţii clinice actuale. Sem.Hop. Paris 1969, Nr. 48, pg. 2785

4. BLEULER E.
Concepţii despre schizofrenie în ultimii 50 ani şi în prezent. Int. J. Psychiat. 1966, vol.2, Nr.1, pg. 135

5. BLEULER E.
Dementia praecocs oder gruppe der schizophrenien. Traite d'Zschaffenburg Leipzig et Vienne 1911.

6. BRÂNZEI P.
Itinerar Psihiatric. Edit. Junimea Iaşi - 1975.

7. BRÂNZEI P., SELARU M.
Contribuţii la studiul dinamicii LOZNEANU E., RUSU GH. I 131 şi p. 22 în boala schizofrenică. Neurol. Psih. Neurochir. Vol.10, Nr. 4, 1965, pg. 321-329.

8. BRÂNZEI P.
Contribuţii la studiul etiopatogeniei şi fiziopatogeniei bolii schizofrenice, Conf. Naţ. Psih. Buc. nov.1964, Id. rez. Congr. IV mondial de psihiatrie - Madrid 1965.

9. BRÂNZEI P.
Contribution a l'etude des explorations morphofonctionnelles dans la psychiatrie. Ann. med. Psychol., Paris, T2, Nr. 1, pg. 1 - 20

10. BRÂNZEI P., ZVONARU G.
Contributii la studiul pneumo enecefalografic în bolile psihice.Neurol. Psih. Neurochir. Buc. 1964 v-9, pg. 33 - 38

11. BRISSET
Evoluția concepțiilor asupra schizofreniei: Revue practique Paris 1965, v. 15, Nr. 25, pg.32

12. CAMBRIELS
Psycholonevroze obsedante de personnalisations avec moyens de defense anti-depersonalisateurs. Encephale I, 330-340, 1931.

13. CAPGRAS, ROUART, DEROMBIES
Delire imaginatif Hysterie ou schizophrenie. Ann.med. psycol.2, 73 - 80.

14. CLAUDE H.
Rapports des l'hysterie avec la schizophrenie. Ann. met. psycol.2. 1-14 et 243 - 264, 1937.

15. CLAUDE H. BOREL A et ROBIN G.
Demence precoce, schizomanie et schizophrenie. Encephale 1, 145-151, 1924.

16. CLAUDE H. , BOREL A. et ROBIN G.
La constitution schizoide (E'ttude clinique et diagnostic differential). Encephale 1.209 - 216, 1924.

17. CONSTANTINESCU C.N Contribuții la studiul dinamicii sindromologice în cadrul nozologic al schizofreniei. Rev.neurol. Buc. 1965, vol. 10, Nr.4.pg. 331.

18. DAMAYE H.
Considerations, sur la schizophrenie et ses association. Ann. med. psycol. 2, 218 - 223,929.

19. DELAY J.
Etudes de psyhologie medicale. Presses univ. France edit. Paris 1953.

20. DIDE et GUIRAUD
Psychiatrie du medecin practicienMasson, Edit. Paris 1929

21. ELLEN BERGER
Essai sur le syndrome psychologique de la catatonie. These Paris 1933.

22. FOLLIN S.
Le Processus de depersonalisations Rapport au I-er Congres mondial Psyhiatrie, Paris 1950.

23. FOURNIER M.
Psychastenie et demence precoce.These Bordeaux 1953.

24. GASTALDI G.
Rapports ente la psyhastenie et la schizophrenie. Lavaro neuro-psichiat 2, 1954, pg. 289.

25. HALBERSTADT G.
Obsesions demence precoce enecephale 1, 128-133, 1928.

26. HARL JEAN MARIE
Les modes de debut de la demence precoce. La vie medicale Nr. 5, 1958.

27. HESNARD D.
Les syndromes nevropatiques. Doin. Edit. Paris 1927.

28. HEUYER, BADONNEL, BOUYSSOU
Les voies d'entrees dans la demence precoce. Ann.med. psychol. 1, 30 - 44, 1929.

29. JANET P.
Les opssesions et la psychasthenie Alean. edit. Paris 1903.

30. LAZARESCU M.
Corelația schizofrenie nevroză obsesivă prin prisma interpretării formei în psihodiagnosticul schizofreniei. Conf. naț. psih. Buc.nov. 1964.

31. MINKOVSKI et TARGOWLA
Contributions a l'etude de l'autisme Ann.med. psychol. 1-1, 1923.

32. POROT
Modalități de instalare a schizofreniei. rev. Prat. Paris 1965.

33. ROSU S.
Debutul pseudonevrotic al schizofreniei, Neurochir. vol.10 Nr. 4 1965.

34. SEGLAS
Note sur l'evolution des obsesions et leur passage au delir. Rev.neurol. 1902.

35. USCHAKOV Clinique de la schizophrenie. La psychiatrie de l'enfant vol.8 fasc. 1, 1965.

36. WIZEL
Les formes frustes de la schizophrebie. Ann. med. Psychol.425 - 451, 1926.

## *CUPRINS*


1. Doctrina schizofreniei *1*
2. Simptome somatice în schizofrenie. *70*
3. Afectivitate. *92*
4. Catatonia. *110*
5. Tulburări de limbaj în schizofrenie. *141*
6. Alterări morfologice ale limbajului. *157*
7. Tulburările melodiei Kinetice, ritmului, tonalității, intonației și timbrului expresiei verbale. *161*
8. Tulburări fonetice, de tonalitate, timbru și intonație. *162*
9. Tulburările semantice ale limbajului. *165*
10. Tulburări la nivelul frazei (morfo-logice și sintactice). *169*
11. Tulburări semantice ale limbajului în schizofrenie. *173*

BIBLIOGRAFIE. *224*



ANDRIEȘ C. LUCIAN
Nr 2818
*Biblioteca Personală*

Tipărit sub comanda 37
S.C. „Dosoftei" S.A. Iași
str. Sf. Lazăr nr. 49

ISBN 973-9135-23-4